

DC Healthy Families

Mẫu “Tiếp Tục Dịch Vụ Có Phí”

Mục tiêu: Mẫu “Tiếp Tục Dịch Vụ Có Phí” là để cho các cá nhân bị nhiễm HIV/AIDS quyền chọn lựa không tham gia chương trình sức khỏe. Nhóm này có thể đã xây dựng quan hệ cá nhân liên tục với một bác sĩ chăm sóc chính hay một chuyên gia biết đáp ứng nhu cầu cụ thể của họ. Mục đích là khỏi gián đoạn việc chăm sóc đặc biệt là nếu bác sĩ chăm sóc chính không thuộc chương trình chăm sóc có quản lý. Cá nhân bị nhiễm HIV/AIDS có quyền chọn lựa tiếp tục nhận Medicaid loại bình thường.

Phải làm gì: Nếu quý vị hay con quý vị bị nhiễm HIV/AIDS, quý vị phải:

- Điền **Mục 1** và **2** mẫu này
- Đưa mẫu này cho bác sĩ và nhờ bác sĩ điền mục 3 và 4

Đây là tất cả những gì quý vị phải làm để sử dụng quyền chọn lựa này. Tuy nhiên, quý vị phải làm ngay bây giờ!

1. Vào lúc này, tôi không phải tham gia một trong những chương trình Medicaid Chăm sóc Có Quản Lý (MCO) của DC Healthy Families bởi vì:

MIỄN TRỪ HIV/AIDS – Tôi bị HIV dương tính hay bị AIDS (Nhờ bác sĩ ký bên dưới)

2. **XÁC NHẬN BỆNH NHÂN:**

Tên (xin viết hoa) _____ Ngày sinh _____

Số Medicaid _____ Số An Sinh Xã Hội _____

Số Điện Thoại _____ Số điện thoại khác _____

Chữ ký _____ Ngày _____

3. **XÁC NHẬN Y TẾ**

Tôi xác nhận rằng _____ là bệnh nhân của tôi và được tôi chăm sóc HIV/AIDS.

Tên bác sĩ _____ Điện thoại # _____

Chữ ký _____ Ngày _____

4. **XIN VUI LÒNG GỬI TRẢ MẪU NÀY BẰNG THƯ HAY FAX VỀ:**

Elisa Fauntleroy, Cơ Quan Hỗ Trợ Y Tế, 825 North Capitol Street, NE Rm. 5135, Washington D.C. 20002 Số fax:: 202-442-4790