

财务管理服务机构 (FMSA) 转让表格：自主服务

(由本人、家长/监护人和支援协调员填写)

豁免登记人姓名：	医疗补助码：	授权编号：
支援协调员代表：	自主联络人：	HCBS 豁免：
名义雇主姓名：	日期：	地区：

自主指导在为个人及其家庭提供尽可能灵活的服务交付方式，并确保选择自我导向的人能够对其服务和支持行使最大选择权和控制权。自主指导是一种服务交付模式，在这种模式下，个人可以最大限度地选择和他们的服务和支持的方式、时间、地点以及由谁提供。

请勾选「是」或「否」以表示您同意并确认以下内容：			
1	我已收到有关自我导向服务选项以及认证支持服务机构的相关信息。	是	否
2	我理解我有权选择每项 HCBS 豁免服务的提供者。	是	否
3	我已收到并阅读了 ALLIED 提供的 FMSA 小册子。	是	否
4	我已收到并阅读了 Public Partnerships LLC (PPL) 提供的 FMSA 小册子。	是	否
5	我理解我在通过每个 FMSA 接受自我导向服务时的角色和责任。	是	否
6	我自愿决定从 _____ 转至 _____ 目标生效日期： _____		
7	我理解 FMSA 转移仅允许在季度开始时进行 (1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日、10 月 1 日)，且每年仅允许一次 (因联邦税收法规规定)。	是	否

我理解，由于转移过程，预算节余在 60 天内无法使用。我的签名表明我确认并同意转移 FMSA。

豁免登记人 签名 _____ 日期 _____

名义雇主 签名 _____ 日期 _____

ADMH 代表 签名 _____ 日期 _____