English	Russian
Ocean State Nursing Services, Inc.	Ocean State Nursing Services, Inc.
Client Service Agreement	Соглашение о предоставлении услуг клиенту
Consent for Care and Services	Согласие на оказание ухода и медицинских услуг
I hereby consent and authorize Ocean State Nursing Services, its agents and associates to provide care and treatment to me in my home as prescribed by my physician and per program policy. I understand that I must have an attending physician at all times for the duration of this agreement, unless the organization determines otherwise. I have received an explanation of the services to be provided (including disciplines, proposed frequency of visits and anticipated outcomes), my involvement with the plan of care, and how changes will be made if needed. I understand that I and/or my family/caregiver will be responsible for my care in the absence of the staff.	Настоящим я выражаю свое согласие и уполномочиваю организацию Ocean State Nursing Services, Inc. (далее — «Поставщик услуг»), ее представителей и сотрудников предоставлять мне уход и медицинское обслуживание на дому в соответствии с назначениями моего лечащего врача и действующей политикой программы. Я понимаю, что на протяжении всего срока действия настоящего соглашения у меня должен быть лечащий врач, если иное не будет определено Поставщиком услуг. Мне была предоставлена подробная информация о характере оказываемых мне услуг (включая квалификацию и профиль специалистов, предполагаемую частоту визитов и ожидаемые результаты), а также разъяснено мое участие в разработке плана ухода и порядок внесения в него изменений при необходимости. Я осведомлен(а), что в отсутствие сотрудников Поставщика услуг ответственность за мой уход несу я сам(а) и/или мой член семьи или опекун.
I agree to receive the following disciplines of care: Homemaking Services Home Health Aide Services	Я даю согласие на оказание мне следующих видов услуг: Услуги по ведению домашнего хозяйства Услуги помощника по уходу на дому
I agree to receive the following frequency of visits proposed: Total Hours_____ Hours_____ X Days_____	Я соглашаюсь на следующую предполагаемую частоту визитов: Общее количество часов: _____ Часы: _____ X Дни: _____
I agree that the R.N. clinical supervisory has the right to make unannounced supervisory visits. I also understand that the R.N. supervisory nurse must conduct supervisory visits at least every sixty (60) calendar days. If in the event, you fail to allow the nurse to complete the required supervisory visits, the agency will hold services until your supervisory visit is completed.	Я подтверждаю, что зарегистрированная медицинская сестра, осуществляющая клинический надзор, имеет право проводить контрольные визиты без предварительного уведомления. Я также понимаю, что контрольные визиты должны проводиться не реже одного раза каждые шестьдесят (60) календарных дней. В случае моего отказа допустить медсестру для проведения обязательного контрольного визита Поставщик услуг оставляет за собой право приостановить предоставление услуг до его проведения.
Authorization for Release of Information	Разрешение на раскрытие информации
I hereby consent to authorize Ocean State Nursing Services to release and receive information for the purposes of treatment,	Настоящим я предоставляю Поставщику услуг согласие на получение и передачу информации, необходимой для оказания медицинского ухода,

Виконав Ігор І. Google пошук: Ihor Lymar freelancer.ua

payment and health care operations. The exchange of information may occur between, but is not limited to, physicians, third party payers, other health care providers, and regulatory and /or accrediting reviewers.

проведения расчетов и осуществления операций, связанных с медицинским обслуживанием. Обмен информацией может осуществляться, в том числе, между лечащими врачами, страховыми компаниями и другими плательщиками, медицинскими учреждениями, а также регулирующими и/или аккредитационными организациями.

Liability for Payment

I certify that all the information given by me to Ocean Sate Nursing Services is correct for requesting and applying for payment under Title XVIII (Medicare), Title XIX (Medicaid) of the Social Security Act and /or from any third party payer. I understand and agree to apply deductibles, co-payments, spend downs and any amount due after payment of benefits on my behalf by any and all third party payers.

I understand that services provided by Ocean State Nursing Services will be billed as followed:

I also understand the agency can terminate services for any client who is past 14 days on payment from invoice date.

Insurance Source:
Medicare
Medicaid
Neighborhood Health Plan RI
VA
Private

Policy #_____

___ Medicaid (Project 100% covered after meeting spend down or other requirements)

___ Client Share Waiver Amount $_____ To be billed monthly in advance

___ Client Share Level 1 Amount $_____ To be billed monthly

___ Client Share Level 2 Amount $_____ To be billed monthly

___ Private Pay. (See separate Private Pay Rate Sheet)

___ Respite will be sent monthly to be paid within 30 days.

Финансовая ответственность за оплату услуг

Я подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной Поставщику услуг, являются достоверными и используются для оформления и получения выплат по программам Title XVIII (Medicare), Title XIX (Medicaid) Закона о социальном обеспечении США, а также для расчетов с плательщиками третьей стороны. Я понимаю и соглашаюсь с необходимостью уплаты франшиз, доплат, обязательных расходов и любых сумм, не покрытых выплатами от третьих сторон.

Я понимаю, что услуги, предоставляемые Поставщиком услуг, будут выставляться к оплате в порядке, установленном Поставщиком услуг.

Я также понимаю, что Поставщик услуг вправе приостановить предоставление услуг, если оплата не произведена в течение 14 дней с даты выставления счета.

Источник оплаты:
Medicare
Medicaid
Neighborhood Health Plan RI
VA
Частная оплата

Номер полиса: _____

___ Medicaid (100% покрытие после выполнения требований программы)

___ Сумма доли Клиента, покрываемая программой Waiver $_____ (оплачивается ежемесячно авансом)

___ Сумма доли Клиента, Уровень 1 $_____ (оплачивается ежемесячно)

___ Сумма доли Клиента, Уровень 2 $_____ (оплачивается ежемесячно)

___ Частная оплата (см. отдельный прайс-лист по частной оплате)

___ Услуги временного ухода (Respite) оплачиваются в течение 30 дней с даты счета.

Виконав Igor L. Google пошук: Igor Lymar freelance account

It is my responsibility to notify the agency regarding any changes in my Medicaid status including but not limited to; changes to my client share, changes to my client co-pay amount, or authorized hours. If Ocean State Nursing Services, Inc. receives a denied claim from your Medicaid program due to any unauthorized services that have been provided, I understand that I will be billed by Ocean State Nursing Services, Inc. at the current private duty rate. Payment must be received forty five days from invoice date. After forty –five (45) calendar days of non-payment, Ocean State Nursing Services Inc. reserves the right to suspend services until all outstanding balances are paid.

Client/POA Initials _____

Acknowledgement of Information Received

I have received verbal and written information on the following:

• Client Care Plan including disciplines that will furnish care and the frequency of visits proposed.

• Choice One Program/Advance Directives. In addition, I understand that the organization's policy is to respect individual choice and to avoid discrimination based on whether or not I have and 'Advance Directive or a Do Not Resuscitate (DNR) directive.

• Client Service Agreement

• Client Agreement

• Client's Bill of Rights. This also includes information about how to use the organization's complaint process and the state's toll free hotline.

• Statement of Patient Privacy Rights and Privacy Act Statement-Health Care Records (Medicate and Medicaid patients), and/or Notice About Privacy)

Я обязуюсь немедленно уведомлять Поставщика услуг о любых изменениях моего статуса Medicaid, включая, но не ограничиваясь изменениями размера доли Клиента, суммы доплаты или количества одобренных часов ухода. Я понимаю, что в случае отказа Medicaid в оплате Поставщику услуг по причине предоставления неавторизованных услуг мне будет выставлен счет по текущей ставке индивидуально оплачиваемого ухода. Оплата должна быть произведена в течение сорока пяти (45) календарных дней с даты выставления счета. Если оплата не будет произведена в течение указанного срока, Поставщик услуг оставляет за собой право приостановить оказание услуг до полного погашения всех неоплаченных сумм.

Инициалы Клиента/уполномоченного представителя _____

Подтверждение получения информации

Настоящим я подтверждаю, что получил(а) устную и письменную информацию по следующим вопросам:

• План ухода клиента, включая специалистов, оказывающих услуги, и предполагаемую частоту визитов.

• Программа Choice One / предварительные распоряжения. Я понимаю, что политика Поставщика услуг заключается в уважении индивидуального выбора и недопущении какой-либо дискриминации вне зависимости от наличия или отсутствия у меня предварительных распоряжений или распоряжения «Не реанимировать» (Do Not Resuscitate).

• Соглашение о предоставлении услуг клиенту.

• Клиентское соглашение.

• Декларация прав клиента, получающего домашний уход, включая информацию о порядке подачи жалоб и о бесплатной горячей линии штата Род-Айленд.

• Заявление о правах пациента на конфиденциальность и уведомление о Законе о защите персональных данных (для пациентов Medicare и Medicaid), а также уведомление о

Виконав Igor L Google пошук Igor Lymar freelancehunt

patients who do not have Medicare and Medicaid).

• Code of Ethics

• Basic Home Safety

• Home Care Infection Control

• Rhode Island Special Needs Register

• Emergency planning related to disruption in service

• FEMA brochure for emergency and disaster planning

• Ocean State Nursing Services Inc.'s brochure

This Admission Agreement is applicable to this admission to Ocean State Nursing Services Inc. I understand what I have read and what was explained to me and agree to the terms and condition as above. Additionally, I understand that either party may terminate this agreement for any reason and /or at any time.

Client Signature _____
Nursing Signature_____
POA Signature _____
Date_____
(Form 10/2025)

конфиденциальности (для пациентов, не участвующих в указанных программах).

• Кодекс этики.

• Основы безопасности на дому.

• Контроль инфекций при уходе на дому.

• Реестр лиц с особыми потребностями штата Род-Айленд.

• План действий на случай прерывания предоставления услуг.

• Буклет FEMA по готовности к чрезвычайным ситуациям и стихийным бедствиям.

• Брошюра Поставщика услуг.

Настоящее Соглашение о приеме распространяется на текущее обращение к Поставщику услуг. Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с содержанием полученной письменной и устной информации, получил(а) разъяснения и полностью согласен(а) с изложенными условиями. Я также понимаю, что любая из сторон вправе расторгнуть данное соглашение в любое время и по любой причине.

Подпись Клиента _____
Подпись медсестры_____
Подпись уполномоченного представителя _____
Дата_____
(Форма 10/2025)

Виконав Igor L. Google пошук: Igor Lymar freelancehunt