

New England Healthcare Solutions LLC

1985 Main Street, Suite 207, Springfield, MA 01103 · (413) 784-5099 · referrals@nehcsolutions.com

Fax sicuro: **(888) 801-3216**

Risposta entro un giorno lavorativo

Segnalazione per Adult Foster Care / Group Adult Foster Care

1 • PROGRAMMA A CUI SI RIFERISCE LA SEGNALEZIONE

- ☐ Adult Foster Care — Dai 16 anni in su ☐ Group Adult Foster Care — Dai 22 anni in su ☐ Non sono sicuro — chiedo un parere

L'AFC richiede che l'iscritto e il caregiver retribuito vivano insieme in un'abitazione privata; un coniuge o tutore legale non può essere il caregiver retribuito. Il GAFC richiede MassHealth Standard o CommonHealth e un alloggio approvato. L'idoneità è soggetta alla verifica di MassHealth e del piano sanitario; l'approvazione non è garantita.

2 • INFORMAZIONI SULL'ISCRITTO

NOME DELL'ISCRITTO

DATA DI NASCITA

TELEFONO

ORARIO MIGLIORE PER CHIAMARE

INDIRIZZO

CITTÀ

CODICE POSTALE (ZIP)



Cookie su questo sito

Usiamo cookie essenziali per far funzionare il sito. Con il tuo permesso, vorremmo anche misurare quali pagine aiutano di più le famiglie. Non inviamo mai il contenuto del nostro modulo di contatto, nessun dettaglio sanitario o le tue informazioni personali a servizi di analisi o pubblicità. Consulta la nostra [Informativa sulla privacy](#).

Accetta i cookie di analisi

Solo cookie essenziali

TELEFONO DEL CONTATTO

EMAIL DEL CONTATTO

CAREGIVER AFC PROPOSTO (SE PRESENTE) E RELAZIONE

Non il coniuge né il tutore legale dell'iscritto

☐ Il caregiver proposto vive già con l'iscritto

☐ L'iscritto vive in una residenza per anziani o in un alloggio assistito

4 • NECESSITÀ DI ASSISTENZA

Segna ogni attività della vita quotidiana in cui l'iscritto necessita di assistenza fisica, sollecitazione verbale o supervisione.

☐ Lavarsi

☐ Vestirsi

☐ Usare il bagno

☐ Mobilità e trasferimenti

☐ Mangiare

☐ Promemoria dei farmaci

☐ Cura della persona

☐ Supervisione per la sicurezza

☐ Preparazione dei pasti

DIAGNOSI RILEVANTI

Solo via fax

RICOVERO RECENTE / DATA DI DIMISSIONE

MEDICO DI BASE E TELEFONO

5 • PROFESSIONISTA CHE SEGNA LA

IL TUO NOME

RUOLO O QUALIFICA

ORGANIZZAZIONE

TELEFONO

EMAIL

DATA DELLA SEGNALAZIONE



Cookie su questo sito

Usiamo cookie essenziali per far funzionare il sito. Con il tuo permesso, vorremmo anche misurare quali pagine aiutano di più le famiglie. Non inviamo mai il contenuto del nostro modulo di contatto, nessun dettaglio sanitario o le tue informazioni personali a servizi di analisi o pubblicità. Consulta la nostra [Informativa sulla privacy](#).