



STATEMENT OF THE NEED FOR CARE (DEKLARASYON POU BEZWEN SWEN)

Non Moun

Nimewo

k ap bay swen: _____

Dosye: _____

Pati A : Deklarasyon Moun k ap Bay Swen (Moun k ap bay swen an ranpli pati sa a)

Sa li ye pou moun ki enfim nan: _____

Deklarasyon sa a sètifye

mwen bay swen (*non moun nan*) _____.

Mwen te kòmanse bay swen pèsònèl pou moun enfim sa a nan dat _____
(Dat)

Tanpri reponn kesyon anba a konsènan moun enfim nan.

Èske moun ki enfim nan ap viv lakay ou? Wi Non

Èske prezans fizik ou nan kay la obligatwa pou w kapab bay swen pèsònèl,
fè sipèvizyon, oswa pou fè aranjman pou moun ki enfim nan jwenn sèvis? Wi Non

Èske ou genyen yon lòt swen ki disponib pou moun ki enfim nan? Wi Non

_____ *Ekri non an ak lèt majiskil*

_____ *Dat*

Part B: Physician's Statement (Physician Completes)

This certifies that (*name*) _____, whose primary diagnosis is (*use ICD-10-CM code*) _____ is temporarily or permanently disabled to the extent that personal care is required.

The need for care began on or about _____ and may last through _____.
(Date) (Date)

State License #: _____ State License Issued: _____

_____ *Signature*

_____ *Date*

_____ *Phone Number*

_____ *Print Name*

_____ *Address, City, State, and Zip Code*

Tanpri retounen fòmilè ou ranpli ak siyen an nan biwo Depatman Timoun ak Fanmi ki nan zòn ou nan adrès:

Espesyalis Kalifikasyon: _____ Dat: _____