

CARE SERVICES TRANSFER FORM Ç/iæ) • ^:A:[{ Á; ^ /&æ^ A:[çã: A:[ k@ [ @: /&æ^ A:[çã: A:]DÁ State Plan Long Term Care Administration Department of Health Care Finance Government of the District of Columbia



Ó^}^~ææ*^Ápæ; ^ká		ÖUÓK	T^åã&æíá́ŴK
Œåå¦^∙∙K			
Œc@;¦ã^åÁÜ^]¦^∙^}cææãç^Á≂æ{^kÁÁ		ÚUŒ [	_PÔÚUŒUœ¦K
ŒÜÁ/^ ^] @{}^K			
T^å <b>ã&amp;e∰ÁÔ</b> ^¦cãã&eea∰}ÁÚ∕^¦ð∥åK	¢		
Ú¦[*¦æį́Á⁄^]^K			

Ü^æ[}Á{¦Á/¦æ}•≁¦K

	DISCHARGING PROVIDER						
#	ŧ	Care Service(s)	Frequency	Cost	PA#	End of Care Date	
	Τ						
	F	Provider Name:	Address: Á	Provider ID:	Phone:	Provider Email:	
	F	Þ[ ớ•K	L	•			
	_	-		1	<b>I</b>		
	F	Provider Name:	Address: Á	Provider ID:	Phone:	Provider Email:	
	_						
	F	Þ[ &\•K					
	Т						
	Provider Name:		Address: Á	Provider ID:	Phone:	Provider Email:	
	-			FIOVIDEI ID.	FIIONE.		
		Þ[ &•K					
	F	Provider Name:	Address: Á	Provider ID:	Phone:	Provider Email:	
	ļÞ	Þ[ ♂•K					
	T						
	_		Á				
	+		Á				
		I					

Öãr&@æd\*∄)\*ÁÔæd^ÁÔ[[¦å∄jæq[¦K

Date:

## **RECEIVING PROVIDER**

	#	Care Service(s)	Freq	uency	Cost	PA#	Start of Care Date
		01ÖPÚÆ105ač 04ÖæîAP^æto@4Ú¦[*¦æt					
	Provider Name:		Address:	Á	Provider ID:	Phone:	Provider Email:
		Á	ĔÁ È				
		Þ[ &•K					
		È					
				Á	Ducystates ID.		Duardan Emaile
		Provider Name:	Address:	Á	Provider ID:		Provider Email:
		È	È ÉÁ È			È	
		Þ[ &•K					
_			1		I		
		Provider Name:	Address:	Á	Provider ID:	Phone:	Provider Email:
		È	送 送 È			È	
		Þ[ &•K			•		
		Provider Name:	Address:	Á	Provider ID:		Provider Email:
		È	ÉÁ ÉÁ È			È	
		Þ[ &•K				-	
ا						Örrålk	
0^	`&`	āçāj*ÁÔæŀ^ÁÔ[[¦åājæe[¦K				Öæe∿K _	
Ó^}^-aðaæe/^K						Öæe^K	
Œ c@ ¦ã ^åÅÜ^] ¦^∙^} œç^K						Öær^K	

"