



Office for People With Developmental Disabilities

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI SERVIZI A DOMICILIO E COMUNITARI (HBCS) DELL'OPWDD E MODULO DI DOCUMENTAZIONE DELLE SCELTE

Nome del richiedente: _____

Indirizzo attuale: _____

Previdenza sociale #: _____ Data di nascita: _____

Medicaid #: _____ Contea: _____

Selezionate qui se non siete attualmente iscritti a Medicaid.

A. **SELEZIONE DELLA RINUNCIA DI HCBS:** Sono stato informato che ho diritto ai servizi forniti tramite una struttura di assistenza intermedia (ICF) o servizi domiciliari e comunitari (HCBS). La mia scelta è indicata di seguito.

Ho scelto HCBS

Non ho scelto HCBS

B. Richiedo la partecipazione all'esenzione per i servizi a domicilio e nella comunità amministrata dall'Ufficio dello Stato di New York per le persone con disabilità dello sviluppo. Comprendo che l'approvazione si baserà sulla mia scelta informata di ricevere servizi domiciliari e comunitari anziché assistenza in una struttura di assistenza intermedia (ICF)/contesto istituzionale e sull'evidenza di:

- disabilità dello sviluppo;
- l'idoneità all'ammissione in una struttura per cure intermedie (ICF);
- idoneità all'iscrizione a Medicaid;
- selezione del fornitore di servizi di gestione dell'assistenza da me scelto;
- disponibilità di servizi adeguati a livello comunitario; E
- sistemazione abitativa adeguata

C. Sono stato informato di tutti i fornitori di servizi di rinuncia attualmente disponibili e comprendo di avere il diritto di scegliere tutti i miei fornitori di servizi di rinuncia.

D. Sono stato informato e comprendo che ho il diritto di cambiare i miei fornitori di servizi in qualsiasi momento.

E. **SELEZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DI COORDINAMENTO DELLE CURE (CCO):** Sono stato informato di tutte le scelte attualmente disponibili di un fornitore di gestione dell'assistenza. La mia scelta è indicata di seguito. Comprendo che devo collaborare con il mio CCO selezionato per determinare il servizio di gestione dell'assistenza appropriato per soddisfare le mie esigenze e completare tutte le attività di iscrizione richieste.

CCO: _____ Nome del contatto: _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Firma del richiedente o del suo rappresentante

(se applicabile): _____

Nome del firmatario (stampa): _____

Data di completamento: _____