



OPWDD 가정 및 지역사회 기반 서비스 (HOME AND COMMUNITY BASED SERVICES, HCBS) 면제 참가 신청서 및 선택 서류 양식

신청자 이름: [input box]

현주소: [input box]

사회보장번호(Social Security #): [input box]

생년월일: [input box]

메디케이드 번호 (Medicaid #): [input box]

주(카운티): [input box]

현재 메디케이드에 등록되어 있지 않다면 여기 체크하세요.

A. HCBS 면제 선택: 나는 중간치료시설 (Intermediate Care Facility, ICF) 또는 가정 및 지역사회 기반 서비스 (HCBS) 중 하나를 통해 제공되는 서비스를 받을 자격이 있음을 통보받았습니다. 나는 아래와 같이 선택합니다.

나는 HCBS를 선택합니다

나는 HCBS를 선택하지 않습니다.

B. 나는 뉴욕주 발달장애국(New York State Office for People With Developmental Disabilities)이 운영하는 가정 및 지역사회 기반 서비스 면제에 참가를 요청합니다. 중간치료시설(ICF)/보호 시설에서 치료받는 대신 가정 및 커뮤니티 기반 서비스를 받기로 한 나의 결정과 다음 증거에 기반하여 인정될 것임을 이해합니다.

- 발달 장애,
- 중간치료시설 (ICF) 입원 자격,
- 메디케이드 가입 자격,
- 건강관리 (care management) 제공자에 대한 본인의 선택,
- 적절한 지역사회 기반 서비스의 유효성, 및
- 적절한 주거 마련.

C. 나는 현재 이용 가능한 모든 면제 서비스 제공자에 대하여 알고 있고, 모든 면제 서비스 제공자를 선택할 권리가 있음을 이해합니다.

D. 나는 현재 이용 가능한 모든 면제 서비스 제공자에 대하여 알고 있고, 모든 면제 서비스 제공자를 선택할 권리가 있음을 이해합니다.

E. 건강관리 조정 기구 (CARE COORDINATION ORGANIZATION, CCO) 선택: 현재 선택할 수 있는 모든 건강관리 제공자에 대하여 알고 있습니다. 나는 아래와 같이 선택합니다. 나는 선택된 CCO와 협력하여 나의 필요를 충족시킬 적절한 건강관리 서비스를 결정하고 모든 필수 가입 활동을 완료해야 한다는 것을 이해합니다.

CCO: [input box]

담당자 이름: [input box]

주소: [input box]

전화번호: [input box]

지원자 서명 또는 대표

(해당하는 경우):

서명인 이름 (정자로 기입):

작성일자:

11/19/20 개정