NEW YORK STATE | Office for People With Developmental Disabilities

نموذج طلب المشاركة في برنامج الإعفاء الخاص بالخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) في مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو (OPWDD) وتسجيل الخيارات

اسم مقدّم الطلب : ______________________________

العنوان الحالي: ______________________________

____

رقم الضمان الاجتماعي: ______________ تاريخ الولادة: ______________

رقم Medicaid: ______________ المقاطعة: ______________

☐ ضع إشارة في المربع هنا إذا لم تكن مسجلاً حالياً في برنامج Medicaid .

أ. *خيار الإعفاء الخاص بالخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS)*: لقد تمّ إبلاغي بأنني مؤهل للحصول على الخدمات المقدّمة إمّا في مرفق الرعاية المتوسطة (ICF) أو في إطار الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS). إنّ خياري موضّح أدناه.

☐ أنا أختار الإعفاء الخاص بالخدمات المنزلية والمجتمعية ☐ أنا لا أختار الإعفاء الخاص بالخدمات المنزلية والمجتمعية

ب. أطلب المشاركة في برنامج الإعفاء الخاص بالخدمات المنزلية والمجتمعية الذي يديره مكتب ولاية نيويورك للأشخاص ذوي إعاقات النمو. وأدرك أن الموافقة ستستند إلى اختياري المستنير لتلقي الخدمات المنزلية والمجتمعية بدلاً من الحصول على الرعاية في مرفق الرعاية المتوسطة (ICF) أو في إطار مؤسسي بناءً على:

- إعاقة النمو؛
- أهلية دخول مرفق الرعاية المتوسطة (ICF)؛
- أهلية التسجيل في برنامج Medicaid؛
- اختياري لمقدّم إدارة الرعاية؛
- توافر الخدمات المجتمعية المناسبة؛ و
- الترتيب المعيشي المناسب.

ج. لقد تمّ إبلاغي بجميع مقدّمي الخدمات المتاحين حالياً في إطار برنامج الإعفاء وأدرك أنه يحق لي اختيار كلّ مقدّمي الخدمات الذين سيعملون معي.

د. لقد تمّ إبلاغي بحقّي في تغيير مقدّمي الخدمات متى شئت وفهمت ذلك.

ه. *اختيار منظمة تنسيق الرعاية (CCO)*: لقد تمّ إبلاغي بجميع الخيارات المتاحة حالياً عند اختيار مقدّمي إدارة الرعاية. وخياري موضّح أدناه. كذلك، أدرك أنه ينبغي العمل مع CCO التي اخترتها في سبيل تحديد خدمة إدارة الرعاية المناسبة لتلبية احتياجاتي وإكمال جميع خطوات التسجيل المطلوبة.

منظمة تنسيق الرعاية: ______________ اسم جهة الاتصال: ______________

العنوان: ______________ رقم الهاتف: ______________

توقيع مقدّم الطلب أو ممثّله (إن وجد): ______________________________

اسم الموقّع (مطبوعاً): ______________________________

تاريخ الانتهاء: ______________________________

تمت المراجعة في ٢٠/١١/١٩