Office for People With Developmental Disabilities

OPWDD کی گھر اور کمیونٹی پر مبنی خدمات (HCBS) میں چھوٹ کے لیے شرکت کی درخواست اور اختیارات کے اندراج کا فارم

درخواست دہندہ کا نام:

موجودہ پتہ:

سوشل سیکیورٹی #:

تاریخ پیدائش

Medicaid#:

کاؤنٹی:

☐اگر فی الوقت Medicaid میں اندراج یافتہ نہیں تو یہاں نشان لگائیں

A. *HCBS چھوٹ کا انتخاب*: مجھے بتایا گیا ہے کہ میں یا تو غیر مسلسل معاونتی نگہداشت کی سہولت گاہ (Intermediate Care Facility، ICF) کے ذریعے فراہم کی جانے والی خدمات کے لیے اہل ہوں یا گھر اور کمیونٹی پر مبنی خدمات (Home and Community Based Services، HCBS) کے لیے۔ میرا انتخاب ذیل سے ظاہر ہوتا ہے۔

☐میں نے HCBS کو منتخب کیا ہے

☐میں نے HCBS کو منتخب نہیں کیا

B. میں گھر اور کمیونٹی پر مبنی خدمات میں چھوٹ جو کہ ریاستِ نیو یارک کے دفتر برائے نشوونمائی معذوریوں کے شکار افراد کے زیرانتظام ہے، اس میں شرکت کے لیے درخواست کرتا/کرتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ منظوری، میرے غیر مسلسل معاونتی نگہداشت کی سہولت گاہ (ICF)/ادارہ جاتی ترتیب میں نگہداشت کی وصولی کے بجائے گھر اور کمیونٹی پر مبنی خدمات کی وصولی کے باخبر انتخاب کی صورت میں اور اس بارے میں ثبوت کی صورت میں ہو گی:

- نشوونمائی معذوری؛
- غیر مسلسل معاونتی نگہداشت کی سہولت گاہ (ICF) میں داخلے کے لیے اہلیت؛
- Medicaid میں اندراج کے لیے اہلیت؛
- انتظامِ نگہداشت کے فراہم کار کے لیے اپنے اختیار کا انتخاب؛
- کمیونٹی پر مبنی موزوں خدمات کی دستیابی؛ اور
- موزوں رہائشی انتظام۔

C. مجھے فی الوقت دستیاب چھوٹ کی خدمت کے تمام فراہم کنندگان کے بارے میں آگاہ کیا گیا ہے اور میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے چھوٹ کی خدمت کے تمام فراہم کنندگان کو منتخب کرنے کا حق حاصل ہے۔

D. مجھے بتایا گیا ہے اور میں جانتا/جانتی ہوں کہ مجھے اپنی خدمت کے فراہم کنندگان کو کسی بھی وقت تبدیل کرنے کا حق حاصل ہے۔

E. *نگہداشت میں تعاون کی تنظیم (CARE COORDINATION ORGANIZATION، CCO) کا انتخاب:* مجھے فی الوقت دستیاب نگہداشت میں تعاون کی تنظیم کے تمام فراہم کنندگان کے بارے میں آگاہ کیا گیا ہے۔ میرا انتخاب ذیل سے ظاہر ہوتا ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے اپنی ضروریات کی تکمیل کی خاطر موزوں انتظام نگہداشت کی خدمت کے تعین کے لیے منتخب شدہ CCO کے ساتھ کام کرنا ہو گا اور تمام اندراجی سرگرمیوں کو مکمل کرنا ہو گا۔

CCO:

رابطہ نام:

پتہ:

فون:

درخواست دہندہ کے دستخط یا نمائندہ
(اگر قابل نفاذ ہے تو):

دستخط کنندہ کا نام (جلی حروف میں):

تاریخِ تکمیل: