NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | Office for People With Developmental Disabilities

מעדיקאַר טעייל ד, איינוויזונג פון אַוטאָריטאַט
פֿאַר בענעפיציארן וואס לעבן אין רעזידאַנציעס באשטעטיקד אָדער אַפּערייטאַד דורך אפוד

דעם פאָרעם איז צו זיין געניצט ביי די אנטוויקלונגען אומפעייקייטן שטאַט אָפּעראַציאָנען בירא (ddsאָ) אָדער אַ אגענטור וואס באזורגט אפוד באשטעטיקד רעזידענטציאלע באַדינונגען פאר מעדיקאַר בענעפיציאַרן. עס איינוויזט די אויטאָריטעט פֿאַר די שפּיַיזער צו באשליסן פאר די מעדיקאַר פּרעסקריפּטע מעדיצין פֿאַר די בענעפיציאַר און די אויטאָריטעט. **די אפוד מעדיקאַר פאָרעם 5-e זאָל זיין גענוצט אויב עס איז א בעדארפעניש צו קאָנטאַקטן אַ מעדיקאַר טעייל ד, פלאַן פֿאַר אַ יחיד בענעפיציאַר.**

אינסטרוקציעס:

1. ביטע פאַרענדיקט דעם פארם און צוטשעפּען אַ רשימה פון די דעסיגנירטע און די בענעפיציאַרן אויף וועמענס אינטרעס די דעסיגנירטע זאלן שפּילן. א ddsאָ דירעקטאָר קען נישט דעזיגנירן עמעצער וואס אַרבעט ניט פֿאַר די ddsאָ צו שפּילן אויף זיין אָדער איר אינטרעס, און אַ דירעקטאָר ה פון אַ אַגענטור וואס באזארגט אפוד באשטעטיקט רעזידענציעלע באַדינונגען קען ניט דעזיגנירן עמעצער וואס אַרבעט ניט פֿאַר א אגענטור צו שפּילן זיין אָדער איר אינטרעס.
2. אויב די פאָרעם וועט זיין געגעבן אַ פּעציפישע פלאַן, שרייבאַריַן דער נאָמען פון די פּרעסקריפּטע מעדיצין אויף די מעדיצין פלאַן און די פלאן אידענטיפיקאציאן נומער. בלויז די בענעפיציאַר וואס איז איצט ענראָולד אין די פלאַן אָדער וואס ענראירן אין די פלאן דארפט זיין געשריבן אויף די רשימה פון בענעפיציאַרן. (**באַמערקונג:** דו זאלסט נישט צושטעלן פערסנאַלע אידענטיפיאַבלע אינפאָרמאַציע פון אַ בענעפיציאר וואס איז ניט אָדער וועט ניט זיין ענראירט אין די פלאַן.)
3. נאטיר די פאסענדע קיסטען.
4. ביטע דרוק די נאָמען און צייכן ווו צונעמען.
5. פעסטהאלטן די אָריגינעל.

נאמען פון ddsאָ אָדער אַגענטור

פלאַן אידנטיפיקאציאן נומער	נאמען פון די פּרעסקיפּטע מעדיצין פלאַן

די בענעפיציארן געהייסן אויף די אנעקטירט רשימה זיינען איבער 18 יאר פון עלטער און זיינען באקומען רעזידענטציאַלע באַדינונגען פון דער אַגענטור אָדער ddsאָ אויבן. קיין חאון פון די בענעפיציארן האָבן אַ אַפּעטראָפּעס און אַלע פון זיי האָבן שוין געווען באשלאסן צו פֿעלן דיפעייקייט צו מאַכן א באשלוס (נאטיר אלעס וואס צולייגט)

☐ ענראָלירן אין אַ מעדיקאַר טעייל פון די פּרעסקריפּטע מעדיצין פלאַן
☐ אַקטינג אין די מעדיקאַר טעייל פון די פּרופן פּראָצעס. דאס באטעיילט איינגעבן ערביטערונגען, פאַרלאגען באשווערונגען, ביטען און באקומען דעקונג באַשטימונגען, (איינגעהאלטן אויסנעם ביטען און ביטען פֿאַר עקספּידייטישע פּראָצעדורן איינגעבן און ביטען פאר) בארופונגען און האנדלען מיט קיין טייל פון די בארופונגען פּראָצעס.

ביטע צייכן אונטער:

☐ איך בין דער אויספֿיר דירעקטאָר פון דער אַגענטור אָדער ddsאָ דירעקטאָר. לויט צו 14 NYCRR אונטער ארטיקל 635-11, איך בין באשטעטיקט צו מאַכן ענראָלירן ענטשיידונגען פאר די בענעפיציארן און / אָדער שפּילן אין די מעדיקאַר טעייל ד, דעם באריכטונג פּראָצעס אויב די בענעפיציארן פֿעלן די פעייקייַט צו טאָן אַזוי. לויט צו 14 NYCRR אונטער ארטיקל 633-11, איך באשטעטיג מיין ארבעטער וועמענס נעמען דערשיַנען אין די אנעקטירט רשימה און מיינע דעסיגנירטע צו מאַכן ענראָלירן ענטשיידונגען און / אָדער שפּילן אין די מעדיקאַר טעייל ד, דעם באריכטונג פּראָצעס אויב די בענעפיציאַרן פֿעלן די פעייקייט צו טאָן אַזוי.

נאמען פון אויספֿיר דירעקטאָר אָדער ddsאָ דירעקטאר _____

צייכן _____

אגענטור\ddsאָ אדרעס _____

אגענטור\ddsאָ טעלעפאָننומער _____ דאטע _____

Print Form | Clear Form