

RICHIESTA PER LA PARTECIPAZIONE AL  
PROGRAMMA OPWDD PER SERVIZI DI ABITAZIONE E CONDIVISIONE ABITATIVA  
(OPWDD HOME AND COMMUNITY BASED SERVICES WAIVER - HCBS)

Nome del  
Richiedente:

\_\_\_\_\_

Indirizzo attuale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N. di sicurezza  
sociale:

\_\_\_\_\_

Data di  
nascita:

\_\_\_\_\_

N. Medicaid:

\_\_\_\_\_

Stato:

\_\_\_\_\_

Barrare la casella se attualmente non si è iscritti a Medicaid.

Richiedo di partecipare al Programma per servizi di abitazione e condivisione abitativa (Home and Community Based Services Waiver) gestito dall'Ufficio dello Stato di New York per persone affette da disabilità dello sviluppo (The New York State Office for People With Developmental Disabilities). Sono al corrente del fatto che l'approvazione dipenderà dalla mia scelta di servizi di abitazione e condivisione abitativa come soluzione alternativa all'alloggiamento in strutture di cura intermedia (Intermediate Care Facility) e sulla base di:

- disabilità dello sviluppo;
- idoneità all'ammissione in una struttura di cura intermedia;
- idoneità all'iscrizione a Medicaid;
- disponibilità di adeguati servizi di condivisione abitativa; e
- adeguata sistemazione abitativa

Data della richiesta di partecipazione ai servizi HCBS: \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente: \_\_\_\_\_

Nome del Richiedente  
(in stampatello): \_\_\_\_\_

Assistito da (firma): \_\_\_\_\_

Assistito da (in  
stampatello): \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Numero di telefono: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_