HCBS Form 02.01.97 (3/97, 7/12)

OPWDD 가정 및 지역사회 기반 서비스
적용 예외 신청서

신청자 이름: _____

현주소: _____

_____

사회보장번호: _____ 생년월일: _____

메디케이드 번호: _____ 카운티: _____

☐ 현재 메디케이드에 미등록 상태인 경우 여기를 체크하십시오.

본인은 뉴욕주 발달 장애인 사무국(OPWDD)이 관리하는 가정 및 지역사회 기반 서비스 적용의 예외를 요청합니다. 본인은 중간간호시설(Intermediate Care Facility)에서의 간호보다 우선적으로 내가 선택한 가정 및 지역사회 기반 서비스와 다음을 증거로 승인 받게 됨을 이해합니다.

- 발달 장애
- 중간간호시설 거주 자격
- 메디케이드 등록 자격
- 적절한 지역사회 기반 서비스의 이용 가능 여부
- 적절한 주거 환경

HCBS 적용 예외 서비스 신청을 위한 정식 의향서 날짜: _____

신청자 서명: _____

신청자 이름(정자로 기입): _____

담당자(서명) _____

담당자 이름(정자로 기입): _____

주소: _____

_____

전화번호: _____ 날짜 : _____