Форма HCBS 02.01.97 (3/97, 7/12)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЕ УСЛУГ НА ДОМУ И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА УПРАВЛЕНИЯ ПО ДЕЛАМ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ (OPWDD)

Имя и фамилия заявителя: _____

Адрес фактического проживания: _____

_____

Номер социального обеспечения: _____ Дата рождения: _____

Номер Medicaid: _____ Округ: _____

☐ Отметьте здесь, если в настоящий момент вы не являетесь участником программы Medicaid.

Я подаю заявление на участие в Альтернативной программе оказания услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Services Waiver), которая реализуется Управлением штата Нью-Йорк по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (New York State Office for People With Developmental Disabilities). Я понимаю, что мое участие будет одобрено на основании моего выбора услуг на дому и по месту жительства вместо услуг, оказываемых в учреждении промежуточного ухода, а также на основании наличия следующих факторов:

- инвалидности вследствие пороков развития;
- права на прием в учреждение промежуточного ухода;
- права на участие в программе Medicaid;
- наличия соответствующего обслуживания по месту жительства;
- подходящих условий проживания.

Дата заявленного намерения подать заявление на оказание услуг по альтернативной программе HCBS:

_____

Подпись заявителя: _____

Имя и фамилия заявителя (печатными буквами): _____

Лицо, оказавшее помощь (подпись): _____

Лицо, оказавшее помощь (расшифровка подписи печатными буквами): _____

Адрес: _____

_____

Телефон: _____ Дата: _____