

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN LA EXENCIÓN DE SERVICIOS BASADOS
EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD DE LA OPWDD

Nombre del solicitante:

Dirección actual:

N.º de Seguro Social:

Fecha de nacimiento:

N.º de Medicaid:

Condado:

Haga clic aquí si no está afiliado a Medicaid.

Solicito participar de la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad que son administrados por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de Nueva York. Entiendo que la aprobación se fundamentará en mi elección de servicios basados en el hogar y la comunidad antes que en la elección del establecimiento de asistencia intermedia y sobre la evidencia de:

- las discapacidades de desarrollo;
- la elegibilidad para ser internado en un establecimiento de cuidados intermedios;
- la elegibilidad para ser afiliado a Medicaid;
- la disponibilidad de servicios basados en la comunidad que sean apropiados; y
- las condiciones adecuadas de vivienda.

Fecha de presentación de la solicitud de la exención de servicios HCBS: _____

Firma del solicitante:

Nombre del solicitante (en

letra de imprenta):

Atendido por (firma):

Atendido por (letra de
imprenta):

Dirección:

Teléfono:

Fecha:
