HCBS 表格 02.01.97 (3/97, 7/12)

申請參加
發育障礙人士辦公室家庭與社區式服務豁免計劃

申請人姓名：_____

目前住址：_____

_____

社會安全號碼：_____ 出生日期：_____

醫療補助 (Medicaid) 號碼：_____ 郡：_____

☐如果目前未參加醫療補助，請勾選此處。

本人申請參加由紐約州發育障礙人士辦公室 (New York State Office for People With Developmental Disabilities) 所辦理的家庭與社區式服務豁免計劃 (Home and Community Based Services Waiver)。本人理解該申請之核准將基於本人選擇家庭與社區式服務，而非在中級護理機構接受照護，以及基於下列證據：

- 永久性發育障礙；
- 符合進入中級護理機構之資格；
- 符合加入醫療補助之資格；
- 有適當可用之社區式服務；以及
- 妥當的居住安排

表達有意申請家庭與社區式服務豁免計劃服務的日期：_____

申請人簽名: _____

申請人姓名 (正楷書寫)：_____

輔助人員 (簽名)：_____

輔助人員 (正楷書寫)：_____

住址：_____

_____

電話號碼：_____ 日期：_____