

Modulo di trasmissione per la determinazione di handicap psico-fisici

L'accertamento dell'handicap psico-fisico di una persona è un presupposto fondamentale per determinarne l'idoneità ai fini dei servizi erogati dall'OPWDD. Completare questo modulo e inviarlo al distaccamento locale dell'Organizzazione per i servizi alle persone affette da handicap psico-fisico (DDSO) (Istruzioni a pagina 2).

La documentazione comprovante l'handicap precedente al 22° anno di età deve essere allegata.

Per qualsiasi domanda o richiesta di assistenza nella compilazione del presente modulo, contattare il DDSO locale.

Scrivere a macchina o in stampatello in maniera leggibile. Il segno* indica che il dato è obbligatorio.

*Sezione 1. Dati della persona

*Nome:	ID TABS (se conosciuto):	*N. Prev. Soc.:
*Data di nascita:	N. Medicaid:	*Contea di residenza:
*Indirizzo di casa:	Indirizzo postale (se diverso):	
*Città:	*Stato:	*CAP:
*Tel.:	*Altro nome:	

*Inviare le informazioni a (barrare tutte le caselle desiderate):

- Sottoscritto - Casa
- Sottoscritto - Indirizzo postale
- Genitore/Assistente 1 (compilare la Sezione 2 G/A1 Nome e Indirizzo) **Nota:** Non barrare le caselle 3 o 4 se l'assistente è l'Agenzia
- Genitore/Assistente 2 (compilare la Sezione 2 G/A2 Nome e Indirizzo) specificata nella Sezione 3.
- Coordinatore PASRR (programma di revisione dello screening e del paziente pre-ammissione)

Sezione 2. Genitori o assistenti coinvolti – Specificare l'indirizzo al quale si riceve la posta. Opzionale a meno che non siano state barrate le caselle 3 o 4 sopra.

G/A1 Nome:	G/A2 Nome:
Indirizzo:	Indirizzo:
Città:	Stato:
Stato:	CAP:
Tel.:	Paese:

Sezione 3. Dati dell'Agenzia di riferimento (se applicabile) - In caso di compilazione riceve automaticamente le informazioni.

Nome agenzia:
Codice agenzia (se conosciuto):
Indirizzo:
Contatto agenzia:
Tel.:
Città:
Stato:
CAP:

*Sezione 4: Barrare i servizi ai quali si è interessati se considerati idonei

<input type="checkbox"/> 1. Solo determinazione dell'handicap psico-fisico - nessun servizio è richiesto al momento.	<input type="checkbox"/> 3. Servizi di sollievo in ambito assistenziale
<input type="checkbox"/> 2. Servizi assistenziali personalizzati	<input type="checkbox"/> 4. Abilitazione domiciliare - Struttura abitativa alternativa personalizzata
<input type="checkbox"/> 5. Servizi abilitativi domiciliari ed extradomiciliari	<input type="checkbox"/> 6. Struttura assistenziale
<input type="checkbox"/> 8. Cure giornaliere	<input type="checkbox"/> 7. Abilitazione giornaliera
<input type="checkbox"/> 9. Orientamento e formazione professionale	<input type="checkbox"/> 10. Inserimento lavorativo assistito
<input type="checkbox"/> 11. Cure domiciliari	<input type="checkbox"/> 12. Orientamento e formazione familiare
<input type="checkbox"/> 13. CSS (Assistenza e servizi unificati)	<input type="checkbox"/> 14. Gestione casi (es. Coordinamento dei servizi Medicaid, MSC)
<input type="checkbox"/> 15. Modifiche ambientali/Dispositivi adattativi	<input type="checkbox"/> 16. Servizi clinici Art. 16 <u>Servizi di sostegno alle famiglie:</u>
<input type="checkbox"/> 17. Sollievo in ambito assistenziale	<input type="checkbox"/> 18. Altri servizi alle famiglie
<input type="checkbox"/> 19. Valutazione PASRR Livello II	<input type="checkbox"/> 20. Altro (specificare):

*Compilato da (nome): _____ *Data _____

Scrivere in modo leggibile

*Modulo compilato da: 1. Sottoscritto 2. Genitore/Assistente 3. Agenzia 4. Coordinatore PASRR

Following to be completed by DDSO Staff Only:

Date Received by DDSO:	Intake Staff Name:
Individual's TABS ID #:	Date entered in TABS:
	By (initials):

**Istruzioni per la compilazione del modulo di trasmissione per la
determinazione dell'idoneità ai fini dei servizi dell'OPWDD
Scrivere tutti i dati a macchina o in stampatello in modo leggibile**

Istruzioni generali:

Per verificare l'handicap psico-fisico della persona e l'idoneità ai fini dei servizi erogati dall'OPWDD, questo modulo deve essere compilato e presentato al DDSO locale.

La documentazione comprovante l'handicap precedente al 22° anno di età deve essere allegata al modulo. Le informazioni sui documenti di cui il DDSO necessita per determinare l'idoneità sono spiegate nel documento **IDONEITÀ AI SERVIZI DELL'OPWDD - Informazioni importanti disponibile nel sito web dell'OPWDD [OPWDD.ny.gov]** o presso i DDSO locali.

Istruzioni dettagliate:

Il modulo di trasmissione può essere compilato dalla persona che vuole verificare la propria eventuale idoneità rispetto ai servizi dell'OPWDD, da un genitore o l'assistente o dal responsabile dell'agenzia che assiste tale persona.

Sezione 1

Dati della persona

Nome: Il nome legale della persona: cognome, nome e iniziale del secondo nome.
ID TABS: Il numero identificativo di fatturazione TABS della persona. In assenza di registrazione, lasciare lo spazio vuoto.
N. Prev. Soc.: Il numero di previdenza sociale della persona composto da 9 cifre.
Data di nascita: La data di nascita della persona, nel formato mese, giorno e anno (MM/GG/AAAA).
N. Medicaid: Il numero Medicaid della persona.
Contea di residenza: La contea di residenza della persona (es. Kings, Essex).
Sesso: Mettere una "X" accanto alla casella M per maschio e accanto alla casella F per femmina.
Indirizzo di casa: L'indirizzo di casa attuale della persona.
Indirizzo postale: Specificare via, numero di appartamento, città/località, stato e CAP. L'indirizzo al quale la persona riceve la posta, se diverso dall'indirizzo di casa. Specificare casella postale/via, numero di appartamento, città/località, stato e CAP.
Tel.: Il numero telefonico della persona comprensivo di prefisso.
Altro nome: Elencare tutti i nomi (diversi dal nome legale) con cui la persona è conosciuta. Includere i soprannomi, il nome da nubile ecc.
Inviare le informazioni a: Mettere una "X" accanto alla casella indicante l'indirizzo al quale inviare le informazioni sulla determinazione dell'idoneità. **Se le informazioni devono essere inviate dal DDSO a un genitore o all'assistente (che non sia l'agenzia nella Sezione 3), barrare la casella 3 e/o 4 e compilare le relative parti della Sezione 2.** L'agenzia indicata alla Sezione 3 riceverà automaticamente le informazioni concernenti la determinazione.

Sezione 2

Genitori o assistenti coinvolti - Questa sezione è opzionale **a meno che** non venga barrata la casella 3 o 4 "Inviare le informazioni a".

Se è necessario un solo genitore/assistente, utilizzare il nome e l'indirizzo indicati in G/A1.

Nome: Nome del genitore o dell'assistente: cognome, nome e iniziale del secondo nome.
Indirizzo di casa: L'indirizzo attuale dell'abitazione del genitore o dell'assistente.
Indirizzo postale: Specificare via, numero di appartamento, città/località, stato e CAP.
L'indirizzo al quale il genitore o l'assistente riceve la posta, se diverso dall'indirizzo di casa. Specificare casella postale/via, numero di appartamento, città/località, stato e CAP.
Tel.: Il numero telefonico del genitore/assistente comprensivo di prefisso.

Sezione 3

Dati dell'eventuale Agenzia inviante

Nome agenzia: Il nome completo dell'agenzia.
Codice agenzia: Il codice dell'agenzia OPWDD, se conosciuto.
Contatto agenzia: Il nome del responsabile dell'agenzia da contattare in merito alla decisione di idoneità.
Indirizzo: Indicare l'indirizzo presso il quale il contatto dell'agenzia riceve la posta. Specificare casella postale/via, città/località e CAP.

Tel.: Il numero di telefono del contatto dell'agenzia comprensivo di prefisso e interno.

Sezione 4

Mettere una "X" nella casella 1 per la determinazione del solo handicap psico-fisico. Oppure mettere una "X" nella casella accanto a ciascun servizio al quale la persona è interessata **SE** considerata idonea ai fini dei servizi OPWDD.

NOTA: Il modulo di trasmissione **non** è una domanda per richiedere dei servizi.

Compilato da: Scrivere in stampatello in modo leggibile il nome della persona che ha compilato il modulo e la data della compilazione.

Modulo compilato da: Mettere una "X" nella casella appropriata per specificare chi ha compilato il modulo (la persona stessa, il genitore o l'assistente, l'addetto dell'Agenzia o il coordinatore PASRR).

Presentare il modulo compilato e la documentazione richiesta al DDSO locale.