Italian

STATO DI NEW YORK
UFFICIO PER PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ DELLO SVILUPPO

MSC1-APPL

Richiesta individuale per la partecipazione al Coordinamento del servizio Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC)

Sezione I. Informazioni personali

Nome: Cognome Nome Secondo nome	TABS N. (se noto)	Numero di sicurezza sociale:
Indirizzo: Via	Data di nascita:	Numero Medicaid:
Città: Stato: CAP:	Telefono:	DDSO:

Sezione II. Informazioni DDSO/Venditore MSC attuale

Nome DDSO/Venditore		
Indirizzo del Venditore:		
Città:	Stato:	CAP:
Codice programma TABS:		

Sezione III. Firma del Richiedente

Con la presente richiesta, chiedo di partecipare in modo effettivo all'MSC (data)		
Ho scelto il Venditore MSC/DDSO di cui sopra per fornirmi i servizi MSC che desidero e di cui ho bisogno.		
Firma del Richiedente	Telefono:	Data:
Firma di un membro della famiglia o dell'Avvocato (se necessario)		
Telefono:	Data:	
Indirizzo di un membro della famiglia o dell'Avvocato (se diverso da quello del Richiedente):		

Section IV. Vendor Signatures

The individual identified above has indicated a need for an MSC service coordinator. To the best of my knowledge, this individual meets all of the eligibility criteria necessary for participation in MSC.	
MSC Vendor/DDSO Contact's Name (print)	
MSC Vendor/DDSO Contact's Signature	
Phone Number:	Date:

Section V. To be completed by the DDSO MSC Coordinator

Date Application Received:

- ☐ Request for MSC **APPROVED** for TABS processing
- ☐ Request for MSC **WITHDRAWN** by individual
- ☐ Request for MSC **DENIED**

Reason for Denial:

- ☐ Individual is not enrolled in Medicaid.
- ☐ Individual does not have a diagnosis of a developmental disability.
- ☐ Individual is permanently enrolled in another comprehensive Medicaid long term care service coordination program.
- ☐ Individual currently resides in an ICF/MR, ICF/DD or in another Medicaid facility that provides service coordination.
- ☐ Individual did not respond to request for information.
- ☐ Individual does not meet the need for ongoing and comprehensive service coordination.

Signature of DDSO MSC Coordinator:	Date:
Data Entry Person's Initials:	Date:

STATO DI NEW YORK
UFFICIO PER PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ DELLO SVILUPPO

MSC1-APPL

Istruzioni per la compilazione della Richiesta individuale per la partecipazione al Coordinamento del servizio Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC), (MSC1-APPL)

Si prega di stampare (o scrivere) le informazioni in modo chiaro

Sezione I *Informazioni personali:* This section should be completed by the MSC vendor, or DDSO for state delivered MSC, selected by the individual.

Sezione II *Informazioni DDSO/Venditore MSC:* This section should be completed by MSC vendor, or DDSO for state delivered MSC, selected by the Individual.

Sezione III La persona e il venditore MSC, o DDSO per l'MSC fornito dallo Stato, devono giungere a un accordo in merito alla data effettiva. La data effettiva dovrebbe essere la data alla quale i bisogni della persona si manifestano, qualora tutti i fattori di idoneità siano soddisfatti.

Questa sezione deve essere firmata dalla persona, o dalla famiglia o dall'avvocato della persona, se necessario. Le firme certificano che la persona ha scelto l'agenzia di cui sopra per l'MSC.

L'indirizzo di un membro della famiglia o quello dell'avvocato deve essere inserito se diverso dall'indirizzo della persona.

Sezione IV Questa sezione è firmata da un membro del personale che rappresenta il venditore MSC o dal DDSO per l'MSC fornito dallo stato. La firma certifica che la persona ha espresso la necessità di MSC e che, per quanto è noto al venditore o a DDSO, la persona soddisfa i criteri di ammissibilità necessari a ricevere l'MSC.

Una volta compilate le Sezioni I, II, III e IV, il presente modulo deve essere invitato al Coordinatore MSC di DDSO.

Sezione V La presente sezione è riservata al Coordinatore MSC di DDSO. Per ulteriori informazioni, si prega di fare riferimento alla sezione *Iscrizione individuale in MSC (Individual Enrollment in MSC)*, contenuta nel Manuale MSC.

Data di ricevimento della richiesta:	Data riportata sulla richiesta DDSO al ricevimento.
Richiesta MSC APPROVATA per elaborazione TABS:	Qualora il modulo di richiesta sia compilato e sia verificata la diagnosi di disturbo dello sviluppo: DDSO procederà al controllo dei dati, firmerà e apporrà la data a tale sezione nonché inoltrerà la richiesta al personale incaricato dell'inserimento dei dati per l'elaborazione TABS (Sistema di controllo e di fatturazione) e della determinazione dell'idoneità.
Richiesta MSC RITIRATA dal Richiedente:	In qualsiasi fase del processo, la persona può volontariamente ritirare la propria richiesta. In caso di ritiro della richiesta, tale decisione deve essere documentata. DDSO procederà al controllo dei dati, firmerà e apporrà la data a tale sezione nonché inoltrerà la richiesta al personale incaricato dell'inserimento dati affinché la pratica aperta riguardante il richiedente sia eliminata.
Richiesta MSC NEGATA:	Dopo aver determinato che il richiedente non soddisfa i criteri di idoneità MSC o che la persona non ha inviato i documenti richiesti entro il periodo stabilito: DDSO procederà al controllo dei dati e dei motivi specifici per la negazione della richiesta, firmerà e apporrà la data a tale sezione nonché inoltrerà una copia al personale incaricato dell'inserimento dati affinché la pratica aperta riguardante il richiedente sia eliminata.

Il personale incaricato dell'inserimento dati sigla e data il modulo dopo aver inserito i dati in questione. Il modulo è quindi inviato nuovamente al coordinatore MSC di DDSO.