Russian

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ
ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC1-APPL

Заявление лица, имеющего инвалидность, на участие в программе координации услуг Medicaid (MSC)

Раздел I. Личная информация

Ф. И. О.: Фамилия Имя Средний инициал	Номер ITABS (если известен):	Номер соц. обеспечения:
Адрес: Улица	Дата рождения:	Номер Medicaid:
Город: Штат: Индекс:	Номер телефона:	DDSO:

Раздел II. Информация о текущем поставщике услуг программы MSC/DDSO

Название поставщика услуг программы MSC/DDSO		
Адрес поставщика:		
Город:	Штат:	Индекс:
Номер программы TABS:		

Раздел III. Подпись участника

Прошу предоставить мне возможность участвовать в программе MSC начиная с (дата)		
Я выбрал(а) поставщика услуг MSC/DDSO (см. выше), которые будут предоставлять необходимые мне услуги MSC.		
Подпись участника	Номер телефона:	Дата:
Подпись члена семьи или представителя (если применимо):		
Номер телефона:	Дата:	
Адрес члена семьи или представителя (если отличается от адреса участника):		

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- ☐ Request for MSC **WITHDRAWN** by individual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:

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ
ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC1-APPL

Указания по заполнению формы заявления лица, имеющего инвалидность, на участие в программе координации услуг Medicaid (MSC1-APPL)

Заполните разборчиво, печатными буквами (или на компьютере)

Раздел I *Информация об участнике.* Данный раздел заполняется выбранным участником поставщиком услуг MSC или DDSO, предоставляющим услуги MSC за счет штата.

Раздел II *Текущая информация о поставщике услуг MSC/DDSO.* Данный раздел заполняется выбранным участником поставщиком услуг MSC или DDSO, предоставляющим услуги MSC за счет штата.

Раздел III Участник и поставщик услуг MSC или DDSO, предоставляющие услуги MSC за счет штата, должны согласовать дату начала предоставления услуг. Датой начала предоставления услуг должна быть дата, с которой участник нуждается в оказании услуг MSC, если он соответствует всем требованиям к участию в программе.

Данный раздел должен быть подписан участником либо членами его семьи или представителем, в зависимости от ситуации. Подписи подтверждают, что участник выбрал вышеуказанную организацию для оказания услуг MSC.

Адрес члена семьи или представителя указывается в том случае, если он отличается от адреса участника.

Раздел IV Данный раздел должен подписать сотрудник поставщика услуг MSC или DDSO, предоставляющие услуги MSC за счет штата. Подписи подтверждают, что участник нуждается в услугах MSC и, по мнению поставщика или DDSO, соответствует всем требованиям для получения услуг MSC.

После заполнения разделов I, II, III и IV форму необходимо отправить координатору услуг MSC DDSO.

Раздел V Данный раздел заполняется координатором услуг MSC DDSO. Для получения дополнительной информации см. раздел *«Зачисление в программу MSC»* Руководства по программе координации услуг Medicaid.

Дата получения заявления: DDSO проставляет штампы с датой получения заявления.

Заявление УТВЕРЖДЕНО для обработки в системе TABS: Если форма заявления заполнена, а диагноз «инвалидность вследствие пороков развития» подтвержден, DDSO проверяет этот пункт, ставит подпись и дату под этим разделом и направляет заявление сотруднику, который вводит данные в систему TABS для обработки и определения соответствия критериям участия.

Запрос участника на ОТЗЫВ заявления на оказание услуг MSC: Участник может добровольно отозвать свое заявление в любой момент. Это решение должно быть оформлено документально. Если заявление отозвано, DDSO проверяет этот пункт, ставит подпись и дату под этим разделом и направляет заявление сотруднику, который вводит данные в систему, для удаления данных заявителя из файла, находящегося в статусе ожидания.

Причины для ОТКАЗА в предоставлении услуг MSC: Когда определено, что заявитель не соответствует критериям участия в программе MSC или участник не прислал необходимые документы в отведенное для этого время, DDSO проверяет этот пункт, проверяет конкретную причину для отказа, ставит подпись и дату под этим разделом и направляет копию заявления сотруднику, который вводит данные в систему, для удаления данных заявителя из файла, находящегося в статусе ожидания.

После введения информации сотрудник, вводивший информацию, должен указать свои инициалы и дату на данной форме.
Затем форма возвращается координатору услуг MSC DDSO.