Chinese

紐約州
發育障礙人士辦公室
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC1-APPL

參加醫療補助服務協調計劃 (MSC) 個人申請表

第一部分：個人資料

姓名： 姓氏 名字 中間名	TABS ID 號碼 (若已知)	社會安全號碼：
地址： 街道	出生日期：	醫療補助 (Medicaid) 號碼：
城市： 州： 郵遞區號：	電話：	DDSO:

第二部分：目前的 MSC 服務提供者 / DDSO 資料

服務提供者 / DDSO 名稱		
服務提供者地址：		
城市:	州:	郵遞區號:
TABS 計劃代號：		

第三部分：當事人簽名

本人申請參加 MSC 計劃，希望於 (日期) 生效		
本人已選擇上述 MSC 服務提供者 / DDSO 來提供本人所需要的 MSC 服務。		
當事人簽名	電話：	日期：
家屬或權益代言人簽名 (若適當)		
電話：	日期:	
家屬或權益代言人地址 (若與當事人不同)：		

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- ☐ Request for MSC **WITHDRAWN** by individual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

紐約州
發育障礙人士辦公室
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC1-APPL

參加醫療補助服務協調計劃個人申請表 (MSC1-APPL) 填表須知

請以正楷清楚填寫 (或打字) 全部資料

第一部分　**個人資料：**此部分應由醫療補助服務協調計劃 (MSC) 服務提供者或提供 MSC 之該州發育障礙服務辦事處 (DDSO) 填寫，由當事人選擇。

第二部分　**MSC 服務提供者 / DDSO 資料：**此部分應由 MSC 服務提供者或提供 MSC 之該州 DDSO 填寫，由當事人選擇。

第三部分　當事人與 MSC 服務提供者，或提供 MSC 之該州 DDSO，必須一致同意生效日期。若符合一切資格條件，生效日期應爲當事人需要 MSC 開始提供服務的日期。

此部分必須由當事人、或當事人家屬或權益代言人 (若適當) 簽名。簽名即確認當事人已選擇上述機構爲其提供 MSC 服務。

家屬或權益代言人的地址若與當事人地址不同則必須填寫。

第四部分　此部分是由代表 MSC 服務提供者的工作人員或提供 MSC 之該州 DDSO 簽名。簽名即確認當事人表達出對 MSC 服務的需求，而且經過服務提供者或 DDSO 的最佳判斷，當事人符合取得 MSC 服務所需的一切資格標準。

填妥第一、二、三、四部分之後，本表應送予 DDSO 的 MSC 協調員。

第五部分　此部分由 DDSO 的 MSC 協調員填寫。請參考 MSC 手冊中的*個人加入 MSC* 部分以取得更多資訊。

收到申請表的日期：　DDSO 於收件時蓋上日期印章。

申請案獲准進入 TABS 處理：　若填妥申請表且發育障礙之診斷得到確認：DDSO 即勾選此項，在此部分簽名並註明日期，然後將申請表交予資料輸入員，以進行 TABS 處理及判斷是否符合資格。

MSC 申請案由當事人撤回:　在過程中的任何階段，當事人皆可自願撤回其申請。該項決定應以書面告知，若申請案被撤回：DDSO 即勾選此項，在此部分簽名並註明日期，然後將申請表交予資料輸入員，可以將該名當事人從待審檔案中移除。

MSC 遭駁回的理由：　當事人被判定不符合 MSC 的資格標準，或當事人未在規定時間期限內遞送所需文件時：DDSO 即勾選此項，並勾選駁回的特定理由，在此部分簽名並註明日期，然後將副本交予資料輸入員，可以將該名當事人從待審檔案中移除。

資料輸入員完成資料輸入後即草簽並註明日期。
然後本表格會被送回至 DDSO 的 MSC 協調員處。