Russian

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

MSC3-WITH

Выход участника из программы координации услуг Medicaid (MSC)

Раздел I. Личная информация

Ф. И. О.: Фамилия Имя Средний инициал	Номер ITABS (если известен):	Номер соц. страхования:
Почтовый адрес: (улица)	Дата рождения:	Номер Medicaid:
Город: Штат: Индекс:	Телефон:	DDSO:

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

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

Раздел III. Выход участника из программы MSC в связи с утратой прав на участие

Причина выхода из программы (отметьте один пункт из списка ниже):

☐ прекращение участия в Medicaid;

☐ временное проживание в учреждении для умственно отсталых лиц, нуждающихся в уходе и медицинских услугах (ICF/MR), в учреждении для лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития и нуждающихся в уходе и медицинских услугах (ICF/DD), или в другом учреждении Medicaid, где предоставляются координационные услуги (учреждение сестринского ухода, психиатрическая больница, специализированная больница, центр помощи для лиц с пороками развития);

☐ зачисление в другую программу координации услуг, финансируемую Medicaid (например, *Care-at-Home, Office of Mental Health*);

☐ смерть (дата смерти:);

☐ отсутствие необходимости в текущей комплексной координации услуг;

☐ другое (укажите):

Дата выхода из программы (дата утраты лицом прав на получение данных услуг):

Подпись поставщика услуг:	Телефон:	Дата:

Раздел IV. Выход из программы MSC по инициативе участника

Причина выхода из программы MSC:

Подпись участника подтверждает, что он согласен со следующим:

* Я понимаю, что после подписания данной формы координация услуг Medicaid для меня будет прекращена.
* Решение о прекращении координации услуг является моим собственным, никакое другое лицо или агентство не принуждало меня к отказу от координации услуг против моей воли.
* Меня проинформировали о возможности возобновления координации услуг Medicaid, если данные услуги мне понадобятся в будущем.
* (Только для участников программы HCBS Waiver) Я выбираю следующее агентство для реализации моего индивидуального плана обслуживания (ISP) и плана предоставления услуг по уходу (Plan of Care Support Services):
* Управление DDSO предложило мне другие варианты координации услуг Medicaid, но я не заинтересован(а) в получении подобных услуг.

Подпись	Дата:
Подпись члена семьи или представителя (если применимо):	Дата:

Section V. To be completed by the DDSO

Check all appropriate boxes

Process remove from Program:

☐ Individual has withdrawn from MSC due to no longer meeting eligibility criteria; effective date

☐ Loss of Medicaid ☐ Duplicate Service coordination

☐ Ineligible living arrangement ☐ Death

Process add to Program:

☐ Add Individual to Plan of Care Support Services: TABS Program Code:: Effective date:

DDSO 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)

MSC3-WITH

Указания по заполнению формы выхода участника из программы координации услуг Medicaid (MSC3-WITH)

Заполняйте форму от руки печатными буквами либо на компьютере

Раздел I *Личная информация.* Данный раздел заполняется поставщиком услуг программы MSC.

Раздел II *Информация о текущем поставщике услуг программы MSC/DDSO*. Данный раздел заполняется текущим поставщиком услуг программы MSC/DDSO.

Раздел III *Координация услуг Medicaid для данного лица прекращена в связи с утратой прав.* Текущий поставщик услуг программы MSC должен уточнить причину утраты участником прав на координацию услуг Medicaid и выхода из программы. Укажите дату выхода из программы.

Примечание. Укажите дату утраты прав на участие в программе MSC.

В данном разделе поставщик услуг программы MSC/сотрудник DDSO должен поставить подпись и дату. Поставщик услуг программы MSC/сотрудник DDSO должен отправить заполненную форму координатору услуг Medicaid в DDSO.

Раздел IV *Выход из программы MSC по инициативе участника.* Поставщик услуг программы MSC/DDSO должен указать причину выхода участника из программы MSC.

Поставщик услуг программы MSC/DDSO должен убедиться, что участник, его родственники или его представитель понимают, что означает выход из программы MSC, и понимают, к кому обратиться с целью повторной регистрации в программе MSC.

Если участник также участвует в программе HSBS Waiver, он сам, его родственник или представитель должны найти агентство для реализации его плана ISP и плана предоставления услуг по уходу (Plan of Care Support Services).

Участник должен поставить подпись и дату в данной форме. Если участник не может поставить подпись и дату в данной форме, вместо него это может сделать родственник или представитель.

Поставщик услуг программы MSC/DDSO должен отправить заполненную форму и копию последнего плана ISP и соглашения на координацию услуг координатору услуг Medicaid в DDSO.

Раздел V *Заполняется сотрудником DDSO.*
Выход участника из программы MSC в связи с утратой прав на участие. Сотрудник DDSO должен проверить точность информации в разделах I, II и III. Если данные разделы заполнены правильно, поставьте отметку в этом окне, укажите причину утраты прав на получение услуг и укажите дату выхода из программы (дату утраты прав на получение услуг). Сотрудник DDSO должен поставить подпись и указать дату в данной форме и отправить ее лицу, вводившему информацию.

Добровольный выход из программы MSC. Сотрудник DDSO должен проверить точность информации в разделах I, II и IV. Необходимо указать агентство, оказывающее услуги ухода для участника программы HCBS Waiver. Если данные разделы заполнены правильно, сотрудник DDSO должен заполнить форму подтверждения выхода MSC4 (MSC4-Withdrawal Verification Form). Если выход участника из программы MSC одобрен в форме MSC4, сотрудник DDSO должен проверить отметку в поле о подтверждении добровольного выхода из программы MSC в форме MSC3 и указать дату выхода из программы. Сотрудник должен отправить форму MSC3 лицу, вводившему информацию. **Что касается участников, добровольно вышедших из программы MSC, форму MSC3 следует отправить лицу, вводившему информацию, только после того, как сотрудник DDSO заполнит форму MSC4-VER.**

Регистрация участника в плане получения услуг по уходу (Plan of Care Support Services). Если участник добровольно вышел из программы MSC и является участником программы HCBS Waiver, он должен быть зачислен в план получения услуг по уходу (Plan of Care Support Services). Координатор должен проверить форму и указать дату, поставить отметку в данном поле, указать номер программы PCSS TABS и дату регистрации в плане получения услуг по уходу, а затем отправить данную форму лицу, вводившему информацию для *регистрации в программе* в TABS.

После введения информация лицо, вводившее информацию, должно указать свои инициалы и дату в данной форме. Затем следует отправить данную форму координатору услуг Medicaid в DDSO.