



Office for People With Developmental Disabilities

APLIKASYON POU PATISIPASYON NAN PWOGRAM ÈD POU SÈVIS NAN KAY AK NAN KOMINOTE (HCBS) OPWDD

Non Aplikan an: _____

Adrès Aktyèl: _____

Nimewo Sekirite Sosyal: _____ Dat Nesans: _____

Nimewo Medicaid: _____ Konte: _____

Tcheke la si ou pa gen Medicaid prezantman.

Mwen mande patisipasyon nan Pwogram Èd pou Sèvis nan Kay ak nan Kominote ki administre pa Biwo Eta New York pou Moun ki gen Andikap Devlopmanal (New York State Office for People With Developmental Disabilities). Mwen konprann apwobasyon yo pral baze sou chwa mwen fè pou m resevwa Sèvis nan Kay ak nan kominote, olye pou m jwenn swen nan yon Sant Swen Entèmedyè, epitou sou prèv:

- andikap devlopmanal;
- kalifikasyon pou admisyon nan yon Sant Swen Entèmedyè;
- Kalifikasyon pou enskri nan Medicaid;
- seleksyon yon founisè pou swen;
- disponiblite sèvis kominotè ki apwopriye yo; epi
- aranjman apwopriye pou viv.

Dat mwen deklare entansyon m pou aplike pou sèvis HCBS: _____

Siyati Aplikan: _____

Non Aplikan (Ekri): _____

Asiste pa (Siyati): _____

Asiste pa (Ekri an lèt detache): _____

Asiste pa Adrès: _____

Nimewo Telefòn: _____ Dat: _____