



# Office for People With Developmental Disabilities

## ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ПОД РУКОВОДСТВОМ УПРАВЛЕНИЯ ПО ДЕЛАМ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Имя заявителя: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Документ социального страхования №: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Medicaid №: \_\_\_\_\_ Округ: \_\_\_\_\_

Поставьте отметку, если вы в настоящий момент не участвуете в программе Medicaid.

Я запрашиваю участие в альтернативной программе медицинской помощи на дому под руководством Управления штата Нью-Йорк по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития. Я понимаю, что одобрение будет получено на основании моего выбора в пользу программы медицинской помощи на дому, а не лечения в отделении для пациентов, нуждающихся в уходе, и с учетом следующих факторов:

- пороки развития;
- соответствие требованиям участия в программе лечения в отделении для пациентов, нуждающихся в уходе;
- соответствие требованиям участия в программе Medicaid;
- выбор поставщика услуг по управлению оказанием медицинской помощи;
- доступность соответствующих служб медицинской помощи на дому;  
и
- соответствующие жилищные условия.

Дата заявления о намерении участвовать в  
альтернативной программе медицинской помощи на дому: \_\_\_\_\_

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_

Имя заявителя (печатными буквами): \_\_\_\_\_

С участием (подпись): \_\_\_\_\_

С участием (печатными буквами): \_\_\_\_\_

С участием (адрес): \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_