

Форма передачи данных для установления инвалидности вследствие пороков развития

Подтверждение наличия у участника инвалидности вследствие пороков развития необходимо для установления права на получение услуг OPWDD. Заполните данную форму и подайте ее в местное отделение DDSO (см. указания на стр. 2).

Обязательно приложите документы, подтверждающие наличие инвалидности до 22 лет.

Если у вас возникнут вопросы или вам потребуется помощь в заполнении данной формы, обратитесь в местное отделение DDSO.

Заполняйте форму разборчиво, печатными буквами. Поля, отмеченные знаком *, являются обязательными для заполнения.

***Раздел 1. Личные сведения об участнике**

*Имя, фамилия:		Номер TABS (если известен):		*Номер соц. обеспечения:	
*Дата рождения:	Номер Medicaid:	*Страна проживания:		*Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
*Домашний адрес:		Почтовый адрес (если отличается):			
*Город:	*Штат:	*Индекс:	Город:	Штат:	Индекс:
*Телефон:		*Также известен как:			

*Отправить информацию (отметьте все, что считаете нужным):

1. Мне домой 2. На мой почтовый адрес
3. Родителю/представителю 1 (заполните раздел 2: имя, фамилия и адрес Р/П1) **Примечание.** Не ставьте отметку в пункте 3 или 4, если представителем является агентство, указанное в разделе 3.
4. Родителю/представителю 2 (заполните раздел 2: имя, фамилия и адрес Р/П2)
5. Координатору PASRR

Раздел 2. Участвующие родители или представители (укажите почтовый адрес, на который приходит корреспонденция). Необязательно, если выше не отмечены пункты 3 или 4.

Имя, фамилия Р/П1:			Имя, фамилия Р/П2:		
Адрес:			Адрес:		
Город:	Штат:	Индекс:	Город:	Штат:	Индекс:
Телефон:		Страна:	Телефон:		Страна:

Раздел 3. Информация о направляющем агентстве (если применимо) — если раздел заполнен, автоматически получает информацию.

Название агентства:			
Код агентства (если известен):		Почтовый адрес:	
Контактное лицо агентства:			
Телефон:		Город:	Штат: Индекс:

***Раздел 4. Отметьте услуги, которые вы хотели бы получать при наличии прав**

<input type="checkbox"/> 1. Только установление инвалидности вследствие пороков развития — услуги не требуются.	<input type="checkbox"/> 3. Центр реабилитации лиц, осуществляющих уход
<input type="checkbox"/> 2. Услуги индивидуальной помощи (Individualized Support Services, ISS)	<input type="checkbox"/> 5. Социальная адаптация
<input type="checkbox"/> 4. Адаптация к условиям независимого проживания — IRA	<input type="checkbox"/> 7. Пансионат с дневным пребыванием
<input type="checkbox"/> 6. Учреждение промежуточного ухода (ICF)	<input type="checkbox"/> 9. Услуги предпрофессиональной подготовки
<input type="checkbox"/> 8. Дневной центр медицинского обслуживания	<input type="checkbox"/> 11. Уход на дому
<input type="checkbox"/> 10. Помощь в трудоустройстве (SEMP)	<input type="checkbox"/> 13. CSS — консолидированная помощь и услуги
<input type="checkbox"/> 12. FET — семейное обучение и подготовка	<input type="checkbox"/> 15. Установка приспособлений/специальных устройств
<input type="checkbox"/> 14. Ведение дела, например координационные услуги MSC	<input type="checkbox"/> 17. Реабилитация лиц, осуществляющих уход
<input type="checkbox"/> 16. Клинический уход, предусмотренный статьей 16 Помощь семье:	<input type="checkbox"/> 18. Другая помощь семье
<input type="checkbox"/> 19. Оценка PASRR, уровень II	<input type="checkbox"/> 20. Другое (укажите):

*Заполнено (имя, фамилия): _____ *Дата _____

Заполняйте разборчиво, печатными буквами

*Форма заполнена: 1. Самостоятельно 2. Родитель/представитель 3. Агентство 4. Координатор PASRR

Following to be completed by DDSO Staff Only:

Date Received by DDSO:		Intake Staff Name:	
Individual's TABS ID #:	Date entered in TABS:	By (initials):	

**Указания по заполнению
формы передачи данных для установления прав на получение услуг OPWDD
Заполняйте форму разборчиво, печатными буквами.**

Общие указания

Заполните данную форму и подайте ее в местное отделение DDSO для подтверждения инвалидности вследствие пороков развития и установления прав на получение услуг OPWDD.

Обязательно приложите к форме передачи данных документы, подтверждающие наличие инвалидности до 22 лет. С информацией о документах, которые потребуются DDSO для установления прав на получение услуг, можно ознакомиться в брошюре **«УСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ OPWDD. Основные факты»** на веб-сайте OPWDD [OPWDD.ny.gov] или в местном отделении DDSO.

Подробные указания

Форма передачи данных должна быть заполнена лицом, желающим установить свое право на получение услуг OPWDD, либо его родителем, представителем или сотрудником агентства, которые помогают данному лицу.

Раздел 1 Личные сведения об участнике

Имя, фамилия: Имя, фамилия участника согласно документам: фамилия, имя и средний инициал.
 Номер TABS: Идентификационный номер TABS участника. Если не зарегистрирован, оставьте поле пустым.
 Номер соц. обеспечения: Девятизначный номер социального обеспечения участника.
 Дата рождения: Дата рождения участника в формате: месяц, день, год (ММ/ДД/ГГГГ).
 Номер Medicaid: Номер Medicaid участника.
 Страна проживания: Округ проживания участника, например Kings, Essex.
 Пол: Поставьте знак X в окне «М» для мужчины и в окне «Ж» для женщины.
 Домашний адрес: Текущий домашний адрес участника.
 Почтовый адрес: Укажите название улицы, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс.
 Телефон: Укажите адрес получения корреспонденции, если он отличается от домашнего адреса.
 Также известен как: Укажите номер почтового ящика/улицу, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс.
 Отправить информацию: Телефон участника, включая код.
 Также известен как: Укажите все имена (кроме имени и фамилии согласно документам), под которыми известен данный участник, включая прозвища, девичью фамилию и проч.
 Отправить информацию: Поставьте знак X в окне, указывающем куда следует отправлять информацию об установлении прав. **Если информация от DDSO должна быть отправлена родителю или представителю (отличному от сотрудника агентства, указанного в разделе 3), отметьте пункт 3 и/или 4, а также соответствующие части раздела 2.** Любое агентство, указанное в разделе 3, автоматически получит информацию об установлении прав.

Раздел 2 Участвующие родители или представители — заполнение данного раздела не является обязательным, если пункты 3 или 4 с указанием лиц для отправки информации не отмечены.
 Если необходимо указать только одного родителя/представителя, заполните пункт об имени, фамилии и адресе П/Р1.

Имя, фамилия: Имя, фамилия родителя или представителя: фамилия, имя и средний инициал.
 Домашний адрес: Текущий домашний адрес родителя или представителя.
 Почтовый адрес: Укажите название улицы, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс.
 Телефон: Укажите адрес получения корреспонденции родителя или представителя, если отличается от домашнего адреса. Укажите номер почтового ящика/улицу, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс.
 Телефон: Телефон родителя или представителя, включая код города.

Раздел 3 Информация о направляющем агентстве (если применимо)

Название агентства: Полное название агентства. Код агентства OPWDD (если известен).
 Код агентства: Имя, фамилия сотрудника, с которым необходимо связаться в отношении установления прав на получение услуг.
 Контактное лицо агентства: Укажите почтовый адрес агентства для получения корреспонденции. Укажите номер почтового ящика/улицу, город, штат и почтовый индекс.
 Почтовый адрес: Контактный телефон агентства, включая код и добавочные номера.
 Телефон:

Раздел 4 Поставьте знак X в поле 1, если требуется только установление инвалидности вследствие пороков развития. Либо поставьте знак X в поле рядом с каждой услугой, которую хотел бы получать участник **при** наличии прав на получение услуг OPWDD.
ПРИМЕЧАНИЕ. Форма передачи данных **не является** заявлением на получение услуг.

Заполнено: Разборчиво печатными буквами укажите имя, фамилию лица, заполнившего форму, и дату заполнения.
 Форма заполнена: Поставьте знак X в поле с указанием лица, заполнившего форму (сам участник, родитель или представитель, сотрудник агентства или координатор PASRR).

Подайте заполненную форму и необходимые документы в местное отделение DDSO.