

OPWDD שירותי תמיכה למשפחה . בקשה של המשפחה להחזר

+ לצורך קבלת מענה יש למלא את כל שדות הבקשה+

1. שם של המועמד קבלת שירותים:	
א1. תאריך לידה:	ב1. מספר מעקב:
ג1. כתובת (רחוב\יישוב\מיקוד):	
ד1. מחוז:	ה1. מספר נפשות בבית:
2. שם של ההורה \ קרוב משפחה \ אפטרופוס:	
א2. דוא"ל של ההורה \ אפטרופוס:	ב2. מס' טלפון של ההורה \ אפטרופוס:
3. שם של אחראי על הטיפול:	א3. כתובת של אחראי על הטיפול (רחוב \ יישוב \ מיקוד):
ב3. דוא"ל של אחראי על הטיפול:	ג3. מס' טלפון של אחראי על הטיפול:
4. מתוך פיסקלי (אם יש - שם \ סוכנות \ מספר טלפון \ דוא"ל):	
5. אבחנה - יש לבחור את כל החלים בהתאם ל-OPWDD	
<input type="checkbox"/> מוגבלות שכלית <input type="checkbox"/> נזק מוחי טראומתי - TBI <input type="checkbox"/> אחר	
<input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> שתוק מוחי	
<input type="checkbox"/> אפילפסיה (התקפים) <input type="checkbox"/> הפרעה נוירולוגית	
6. פריטים או שירותים בגדרם מבוקש החזר - אנא פרט:	
<p>אנא שים לב - ניתן לקבל החזר בגדר מחנה רק בתנאי, אם מחנה זה אושר על ידי מחלקת מתן שירותים פיננסיים של מדינת ניו יורק ו\או משרד בריאות מקומי בהתאם לתת-סעיף 7 של הנוהל הסניטרי של מדינת ניו יורק (ראה 10 כללים ותקנות של מדינת ניו-יורק, תת-סעיף 7).</p> <p style="text-align: right;">סכום כולל המבוקש בגדר בקשה נוכחית;</p> <p>* האם זה מתייחס לפריט\שירות של מקרי חרום כפי שהוגדר בהוראות? אנא, בחר סעיף אחד:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> לא</p>	
7. האם הגשת בקשה למימון בעזרת ביטוח רפואי בסיסי, לרבות חשבון הוצאות גמיש או מקורות אחרים כמו שירותי סיוע רפואי, טיפול רפואי, הנחיה עצמית, כתב ויתור משירותים הניתנים בבית וקהילה - התאמה של הסיבה לצרכי המועמד או שימוש בטכנולוגיות עזר וכד'.	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> תוצאות	
א. אילו שירותים אתה מקבל מטעם כתב ויתור משירותים הניתנים בבית וקהילה ו\או תוכנית שירות OPWDD של המדינה?	
<input type="checkbox"/> הפוגה <input type="checkbox"/> פנסיון יום <input type="checkbox"/> מגורים עם מטפלת <input type="checkbox"/> שירות טרום מקצועי	
<input type="checkbox"/> מגורים בפנסיון <input type="checkbox"/> תעסוקה לעובדים עם מוגבלות <input type="checkbox"/> שירותי נידודת בקהילה	
<input type="checkbox"/> מתוך פיסקלי <input type="checkbox"/> מוצרים ושירותים מתואמים אישית <input type="checkbox"/> תמיכת תווך	
<input type="checkbox"/> טכנולוגיות עזר - מכשירים מתואמים <input type="checkbox"/> פנסיון בקהילה <input type="checkbox"/> התאמה של הסביבה	
<input type="checkbox"/> חינוך משפחתי והדרכה <input type="checkbox"/> שירותים מוגברים לטיפול בתפקוד <input type="checkbox"/> מסלול העסקה	
<input type="checkbox"/> התאמה של כלי רכב <input type="checkbox"/> קואורדינציה שירותי טיפול <input type="checkbox"/> שירותים הניתנים במקרי משבר לאנשים עם מוגבלות שכלית\פיתוח	

7. האם מישהו מבני המשפחה שלך מקבל תשלום לצרכי מתן סיעוד למועמד אשר מקבל שירות דרך תוכנית מתן סיוע לצרכנים (CDPAP) או דרך מנגנון מימון אחר?

□ לא □ כן

8. יש לציין את כל ההחזרים הניתנים ו/או אשר התקבלו במהלך השנה הנוכחית: (במקרה הנחיצות, יש לצרף עמוד): מידע זה **דורש דיווח** באופן הכרחי. אנא שים לב, כי \$3,000 הינו סכום מרבי אותו ניתן לקבל כהחזר. במקרה ומדובר בבקשה להחזר בסכום אשר חורג מסכום החזר המרבי של הסוכנות ואתה מגישה בקשת החזר חלקי לסוכנויות שונות, עליך לציין זאת להלן.

סוכנות	תאריך	סכום	אושר	נדחה	ממתין להחלטה

/: רשימת תיוג של המסמכים הנדרשים; *אנא צרף לבקשה זאת)

□ הודעה על החלטה אשר התקבלה או כל מסמך מזכה אחר אשר אושר על ידי DDRO* אם תיעוד נוכחי אינו מתבצע בתיק של סוכנות הספק(

□ בקשה חתומה- קבלות חשבוניות מס* מותר להגיש העתקים מצולמים ודיגיטליים-) טפסי אישור מקומות שהות/ *אם קבלה שודרה לסוכנות אחרת בנושא פיצוי חלקי- אנא ציין לאיזה סוכנות יש קבלה/)

□ ביסוס קליני] מכתב מטעם רופא מטפל או קלינאי- במקרה אם נדרש פרטי] שירות קליני

□ במקרה של השתתפות עצמית- העתק דוח אחרון על הוצאות מהשתתפות עצמית או תקציב בגדרו החזר משפחתי מתבצע/

□ במקרה של השתתפות ב. CCO- העתק של תוכנית חיים האחרונה עם תיעוד הולם של החזר בגדר שירותי תמיכה למשפחה/

21/ איך בדיוק הבקשה הזאת מתייחסת לנכות של המועמד @אנא- הוסף עמוד או פרט תשובה באזור להלן/ אנא- פרט באופן מדויק עם ליווי בביסוס כנדרש/

במקרה והתגלה כי בקשה לקבלה של מוצרים או שירותים הינה בעלת אופי הונאתי, יש להודיע על כך לסוכנות אליה נשלחה בקשה לקבלת החזר (אם לא התגלה על ידי ישות זאת), אשר תבדוק את הבקשה שבנדון וכל המסמכים אשר הוגשו בצירוף לבקשה להחזר. במקרה ויתקבל אישור כי מדובר בבקשה הונאתית, המועמד משפחתו יהיו חייבים להחזיר את סכום ההחזר לסוכנות (בתנאי שהחזר בגדר שירות מוצר כבר ניתן), בכך לא יאושר עוד החזר עבור מוצרים או שירותים למשך תקופה אשר תוגדר על ידי סוכנות ו-OPWDD. בהתאם להחלטת הסוכנות ו-OPWDD מוטב ההחזר יכול גם כן, להיעמד לדין.

משפחות רשאיות לשלוח בקשות להחזר לסוכנויות הספקים RO או FSS בכל עת, בהתייחס לאופן בו ישויות האלה מנהלות את תוכנית ההחזר באזור זה עם שימוש בטופס הניתן על ידי סוכנויות אשר עוסקות במתן החזרים למשפחות או בדרך קבלתו מאחראי על הטיפול או רכז הטיפול. שימוש בכספים זמניים לשימוש רק במהלך שנת תוקף ההסכם. החזר אשר אושר, אך לא נעשה שימוש בו לא יכול להיות מועבר על ידי משפחת המוטב המיועד עבור שנה אחת לשנה אחרת. עבור המועמדים עם השתתפות עצמית, יתבצע אישור כדי להבטיח כי תוכנית מתן שירותי תמיכה למשפחה נכללו בתקציב הנוכחי. הכללה של אמצעים כספיים בתקציב אינה מבטיחה מתן אישור לבקשה. בקשות להחזר צריכות להיות בהתאם להוראות שירותי תמיכה למשפחה. כל ישות פרטית, חברי משפחה, מנהלי תיק או עורכי דין רשאים להגיש בקשות לכל ספקי תוכניות החזר משפחתיות. בגדר כל בקשה אשר תישלח 90 ימים לאחר רכישה אירוע תתקבל על ידי החלטה על פי הנחת דעת של ספק תוכנית החזר. כל בקשה שלא הוזנו בה פרטים בהיקף מלא תוחזר ובכך תשלום יתעכב.

+ קראתי את ההצהרה הנ#ל ואני מבין/מבינה כי יכול ויידרש לשתף את הפרטים המתייחסים לבקשת החזר שלי/או לקבל מסוכנויות אחרות בגדר אזור] מחוז OPWDD ;

	11.ב. חתימת הורה [אפוטרופוס];
	* יש למסור את הבקשה חתומה
12.א. שם של ארגון קואורדינציה של טיפול (CCO):	12. במקרה של שידור על ידי רכז הטיפול, שם מודפס:
	13. תאריך שידור: