

## MODULO OPWDD FSS PER RIMBORSO FAMILIARE

**\*Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti per poter essere valutato\***

1. NOME DEI SERVIZI INDIVIDUALI RICHIESTI:

1a DATA DI NASCITA:

1b. TABS N.:

1c. INDIRIZZO (Via/Città/CAP):

1d. CONTEA:

1e. NUMERO DI PERSONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

2. NOME DI GENITORE / FAMILIARE / CUSTODE:

2a. E-MAIL GENITORE / CUSTODE:

2b. TELEFONO GENITORE / CUSTODE:

3. NOME TUTORE:

3a. INDIRIZZO TUTORE (Via/Città/CAP):

3b. E-MAIL TUTORE:

3c. TELEFONO TUTORE:

4. INTERMEDIARIO FISCALE (Se Applicabile- Nome/Agenzia/Telefono/E-mail):

5. DIAGNOSI – SELEZIONARE TUTTE LE VOCI INTERESSATE PER OPWDD

- Disabilità Intellettiva       Trauma Cerebrale – TBI       Altro
- Autismo       Paralisi Cerebrale
- Epilessia (crisi)       Disturbo Neurologico

6. SERVIZIO RICHIESTO PER IL RIMBORSO – DESCRIVERE:

*N.B. – Un campo può essere rimborsato solo se il campo ha un'autorizzazione del Dipartimento Salute dello Stato di NY e/o Dipartimento Salute Locale, secondo il comma 7 del Codice Sanitario dello Stato di New York (v 10 NYCRR comma 7).*

**IMPORTO TOTALE RICHIESTO SUL PRESENTE MODULO:**

\* IL SERVIZIO È IN UNA SITUAZIONE DI EMERGENZA COME DEFINITO NELLE LINEE GUIDA? Selezionare una sola voce:

SI  NO

7. HAI CERCATO FONDI DALLE PRINCIPALI ASSICURAZIONI SANITARIE, INCLUSO UN CONTO DI SPESA FLESSIBILE O ALTRE RISORSE COME MEDICAID, MEDICARE, SELF DIRECTION, HCBS WAIVER – TECNICHE DI MODIFICA DELL'AMBIENTE O TECNOLOGIA ASSISTIVA, ECC.?

SI  NO  **RISULTATI**

7a. IL SOGGETTO È ISCRITTO A MEDICAID?      SI  NO

7b. QUALI SERVIZI RICEVI SIA TRAMITE HOME AND COMMUNITY BASED (HCBS) WAIVER E/O OPWDD STATE PLAN SERVICES?

TEMPORANEO       ASSISTENZA DIURNA       CAREGIVER RESIDENTE       SOSTEGNO ALL'IMPIEGO

ASSISTENZA RESIDENZIALE       IMPIEGO ASSISTITO       TRANSIZIONE IN COMUNITÀ

INTERMEDIARIO FISCALE       BENI E SERVIZI DIRETTI INDIVIDUALI       INTERMEDIARIO DI SOSTEGNO

- TECNOLOGIA ASSISTIVA – ATTREZZATURA ADATTIVA  ASSISTENZA DI COMUNITÀ  MODIFICA DELL'AMBIENTE
- ISTRUZIONE E RIABILITAZIONE FAMILIARE  SERVIZI COMPORTAMENTALI INTENSIVI  PERCORSO LAVORATIVO
- MODIFICA DI VEICOLO  SERVIZI DI COORDINAMENTO ASSISTENZIALE  SERVIZI DI CRISI PER SOGGETTI CON DISABILITÀ INTELLETTIVA/DELLO SVIULUPPO
- CLINICA ARTICOLO 16

7c. QUALCUNO IN CASA VIENE REMUNERATO PER FORNIRE ASSISTENZA A CHI RICEVE I SERVIZI?

SI  NO

8. ELENCO DI TUTTI I RIMBORSI APPLICATI E/O RICEVUTI NELL'ANNO: (aggiungere una pagina se necessario): Queste informazioni sono **OBBLIGATORIE**. Si prega di considerare che \$3,000 è il massimo importo totale che può essere rimborsato. Se la richiesta di rimborso supera il limite di un'agenzia interna e si inoltrano più richieste a diverse agenzie per un rimborso parziale, è necessario indicarlo negli spazi sotto.

AGENZIA	DATA	IMPORTO	APPROVATO	NEGATO	IN ATTESA

9. ELENCO DEI DOCUMENTI NECESSARI: (allegarli al modulo)

- Modulo firmato, ricevute/fatture (accettate fotocopie e copie digitali), modulo di verifica di assistenza temporanea. (Se la ricevuta è stata inoltrata a diversa agenzia per rimborso parziale, indicare le agenzie.)
- Dichiarazione clinica/lettera del medico curante o ospedaliero, se la richiesta è per un servizio clinico
- Se Auto-Diretti, una copia della più recente relazione di spese o reddito auto-diretta che giustifichi il Rimborso Familiare.
- Se iscritti con un CCO, una copia del più recente piano sulla vita con il rimborso familiare FSS adeguatamente documentato.

10. COME SI COLLEGA LA PRESENTE RICHIESTA ALLA DISABILITÀ DEL SOGGETTO? Si prega di aggiungere una pagina o rispondere nell'area sotto. Fornire una spiegazione specifica adeguata.

*In caso una richiesta di beni o servizi risulti fraudolenta, l'agenzia a cui è stato inoltrato il modulo di rimborso deve essere notificata (se non è l'ente che rilevato l'informazione) e indagherà sulla richiesta in questione e su tutta la documentazione fornita con la richiesta di rimborso. In caso la richiesta fraudolenta sia confermata, al soggetto/famiglia sarà richiesto di restituire l'importo rimborsato all'agenzia (se il servizio/bene è stato già rimborsato) e sarà sospeso da ogni futuro rimborso di beni e servizi per un periodo di tempo stabilito dall'agenzia e da OPWDD. Il ricevente del rimborso può essere soggetto ad azione legale, come stabilito dall'agenzia e da OPWDD.*

*Le famiglie possono inoltrare le richieste di Rimborso a RO o a un'agenzia che provvede al Rimborso FSS in ogni momento, in base all'ente che gestisce il programma di rimborsi nella regione, utilizzando il modulo fornito dall'agenzia che si occupa del Rimborso Familiare o al Tutore del soggetto. I fondi sono disponibili solo su base annuale. Tutti i rimborsi autorizzati, ma inutilizzati, non possono essere spostati dalla famiglia ricevente da un anno all'altro. Per i soggetti auto-diretti, la verifica viene effettuata per assicurarsi che il programma FSS sia compreso nel budget corrente. L'inclusione dei fondi nel budget non garantisce che la richiesta verrà approvata. Le richieste di rimborso devono rispettare le linee guida FSS. Le richieste possono essere inoltrate a qualsiasi fornitore del Programma di Rimborso Familiare dai soggetti, famiglie, tutori o difensori. Tutto ciò che viene inoltrato più di 90 giorni dopo l'acquisto/evento sarà atteso a discrezione del fornitore del Programma di Rimborso. Le richieste incomplete saranno respinte e il pagamento ritardato.*

**\*HO LETTO LA DICHIARAZIONE DI CUI SOPRA E HO COMPRESO CHE LE INFORMAZIONI RELATIVE ALLA MIA RICHIESTA DI RIMBORSO POSSONO ESSERE RECIPROCAMENTE CONDIVISE CON E/O RICEVUTE DA ALTRE AGENZIE DELLA REGIONE/DISTRETTO OPWDD:**

11. Nome a stampa del Genitore/Custode che firma il modulo:

11a. Data compilazione:

11b. Firma Genitore/Custode:

\* LA RICHIESTA DEVE ESSERE INOLTRATA FIRMATA

12. Se inoltrato dal Tutore, inserire il nome a stampa:

12a. Nome dell'Organizzazione di Coordinamento della Tutela (CCO):

13. Data invio: