

FSS OPWDD کی خاندانی بازادائیگی کی درخواست
درخواست کو زیر غور لانے کی غرض سے مکمل طور پر پُر کرنا لازمی ہے

1. سروسز حاصل کرنے والے فرد کا نام:	
1a تاریخ پیدائش:	1b. ٹیس نمبر:
1c. پتہ (اسٹریٹ/ٹاؤن/زپ):	
1d. کاؤنٹی:	1e. گھر میں موجود افراد کی تعداد:
2. والد/والدہ / رشتہ دار / سرپرست کا نام:	
2a. والد/والدہ / سرپرست کی ای میل:	2b. والد/والدہ / سرپرست کا فون نمبر:
3. نگہداشتی مینیجر کا نام:	3a. نگہداشتی مینیجر کا پتہ (اسٹریٹ/شہر/زپ):
3b. نگہداشتی مینیجر کی ای میل:	3c. نگہداشتی مینیجر کا فون نمبر:
4. مالی ایجنسی (اگر قابل اطلاق ہے - نام/ایجنسی/فون نمبر/ای میل):	
5. تشخیص - براہ کرم ان تمام کو نشان زد کریں جن کا اطلاق OPWDD کے مطابق ہوتا ہے	
<input type="checkbox"/> ذہنی معذوری <input type="checkbox"/> صدماتی دماغی چوٹ - TBI <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> آئزم <input type="checkbox"/> سپرپرل پیلسے <input type="checkbox"/> دورے پڑنا <input type="checkbox"/> نیورولوجیکل عارضہ	
6. بازادائیگی کے لیے کس آئٹم (آئٹمز) یا سروس کی درخواست کی گئی - براہ کرم وضاحت کریں:	
<p>براہ کرم یہ نوٹ کریں - کہ صرف اس صورت میں کیمپ کی بازادائیگی کی جا سکتی ہے جب کیمپ کے پاس ریاست نیویارک کے شعبہ برائے صحت اور/یا مقامی شعبہ برائے صحت کی جانب سے ریاست نیویارک کے سینٹری کوڈ کے ذیلی حصے 7 (NYCRR 10 کا ذیلی حصہ 7 ملاحظہ کریں) کے مطابق اجازت موجود ہو۔</p> <p align="right">اس ایپلیکیشن پر درخواست کردہ گل رقم:</p> <p>* کیا یہ آئٹم/سروس فوری بحران کی ایک صورتحال ہے جیسا کہ رہنما اصولوں میں نشاندہی کی گئی؟ براہ کرم ایک کو نشان زد کریں</p> <p align="right"> <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں </p>	

7. کیا آپ نے کبھی پرائمری میڈیکل انشورنس، بشمول لچک پذیر اخراجات کے اکاؤنٹ یا دیگر ذرائع جیسا کہ MEDICARE، MEDICAID، شخصی ہدایت، HCBS کی رعایت - ماحولیاتی تبدیلیوں یا معاونتی ٹیکنالوجی وغیرہ سے فنڈنگ کی کوشش کی؟

□ جی ہاں □ نہیں نتائج

7a. کیا فرد کا اندراج MEDICAID میں کیا گیا ہے؟ □ جی ہاں □ نہیں

7b. آپ ہوم اور کمیونٹی پر مبنی رعایت اور/یا OPWDD کے ریاستی منصوبے کی سروسز کے ذریعے کون سی سروسز حاصل کر رہے ہیں؟

□ وقفہ برائے آرام □ دن کی ہیپیلیٹیشن □ رہائشی نگہداشت کنندہ □ ابتدائی پیشہ ورانہ سروسز

□ رہائشی ہیپیلیٹیشن □ معاونت شدہ ملازمت □ کمیونٹی ٹرانزیشن سروسز

□ مالی ایجنسی □ انفرادی ہدایت کردہ سازوسامان اور سروسز □ معاونتی بروکریج

معاونتی ٹیکنالوجی - مطابقتی ڈیوائسز کمیونٹی بیبیلیٹیشن ماحولیاتی تبدیلیاں

خاندانی تعلیم اور تربیت شدید رویہ جات کی سروسز ملازمت کا راستہ

گاڑی میں تبدیلیاں نگہداشتی کوآرڈینیشن سروسز ذہنی/نشوونما کی معذوریوں کے شکار افراد کے لیے بحرانی سروسز

آرٹیکل 16 کلینک

7c. کیا آپ کے گھر میں ادائیگی وصول کرنے والا کوئی فرد مقیم ہے جو کہ سروسز حاصل کرنے والے فرد کی نگہداشت کر رہا ہے؟

جی ہاں نہیں

8. اس سالانہ معاہدے کے لیے درخواست کردہ اور/یا حاصل کردہ تمام بازادائیگی کو درج کریں: (اگر ضرورت ہو تو صفحہ شامل کریں): اس معلومات کی رپورٹ لازماً کرنی چاہیے۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ \$3,000 سے زیادہ سے زیادہ گُل رقم ہے جس کی بازادائیگی کی جا سکتی ہے۔ اگر آپ کے پاس بڑی بازادائیگی کی درخواست موجود ہے جو کہ ایجنسی کی اندرونی حد سے متجاوز ہے اور آپ جزوی بازادائیگی کے لیے متعدد ایجنسیز کو درخواست جمع کروا رہے ہیں، تو آپ کو ذیل میں موجود خالی جگہوں پر اس کی نشاندہی کرنی ہوگی:

ایجنسی	تاریخ	رقم	منظور شدہ	مسترد شدہ	زیر التواء

9. درکار دستاویزات کی چیک لسٹ: (براہ کرم اس درخواست کے ساتھ منسلک کریں)

دستخط شدہ درخواست، رسیدیں/انوائس (فوٹو کاپیاں اور ڈیجیٹل کاپیاں قابل قبول ہیں)، وقفہ برائے آرام کے تصدیقی فارمز۔ اگر رسید جزوی بازادائیگی کے لیے کسی دوسری ایجنسی کو جمع کروائی گئی، تو درج کریں کہ کس ایجنسی کے پاس رسید موجود ہے۔)

اگر درخواست کسی کلینیکل آئٹم / سروس کے لیے ہے تو کلینکل توجیہ/فزیشن یا کلینیشن کی جانب سے خط

اگر شخصی ہدایت میں اندراج کیا گیا ہے، تو خاندانی باز ادائیگی کے مجموعی خرچ کی تصدیق کے طور پر ایک حالیہ ترین شخصی ہدایتی اخراجات کی رپورٹ یا بجٹ کی کاپی۔

اگر CCO کے ساتھ اندراج کیا گیا ہے، تو مکمل طور پر دستاویز شدہ FSS کی خاندانی بازادائیگی کے ساتھ حالیہ ترین لائف پلان کی ایک کاپی۔

10. یہ درخواست کس طرح فرد کی معذوری سے براہ راست تعلق رکھتی ہے؟ براہ کرم ایک صفحہ شامل کریں یا ذیل میں جواب دیں۔ واضح جواب دیں اور مناسب طور پر توجیہ فراہم کریں۔

اس صورت میں کہ سازوسامان یا سروسز کے لیے دعویٰ جعل سازی کے بطور ثابت ہوا، تو اس ایجنسی کو اس حوالے سے آگاہ کیا جائے گا جسے بازادائیگی کی درخواست جمع کروائی گئی تھی (اگر وہ شناخت کرنے والا ادارہ نہ ہو تو) اور وہ بازادائیگی کی درخواست کے ساتھ فراہم کردہ تمام دستاویزات اور زیر بحث درخواست کے حوالے سے تفتیش کرے گی۔ اس صورت میں کہ جعل سازی کے دعوے کی تصدیق ہوجاتی ہے، تو فرد/خاندان کو بازادائیگی کی رقم ایجنسی کو واپس کرنی ہوگی (اگر سروس/سازوسامان کی بازادائیگی پہلے ہی کی جا چکی ہے) اور ایجنسی اور OPWDD کی جانب سے تعین کردہ وقت کی مدت کے مطابق سازوسامان اور سروسز کے لیے مستقبل کی بازادائیگی کو معطل کر دیا جائے گا۔ بازادائیگی کا وصول کنندہ ایجنسی اور OPWDD کی جانب سے تعین کردہ قانونی کارروائیوں سے بھی مشروط ہو سکتا ہے۔

خاندان کسی بھی وقت بازادائیگی کی درخواستیں RO یا FSS بازادائیگی کی فراہم کنندہ ایجنسی کو جمع کروا سکتے ہیں، اس بات کے لحاظ سے کہ اس علاقے میں کون سا ادارہ خاندانی بازادائیگی کی فراہم کنندہ ایجنسی کی جانب سے فراہم کردہ یا فرد کے نگہداشتی مینیجر یا نگہداشتی کوآرڈینیٹر کی جانب سے حاصل کردہ فارم کا استعمال کرتے ہوئے بازادائیگی کا پروگرام ایڈمنسٹر کرتا ہے۔ فنڈز صرف سالانہ معاہدے کی بنیاد پر دستیاب ہیں۔ کسی بھی مجاز، لیکن غیر استعمال شدہ بازادائیگیوں کو وصول کنندہ خاندان کی جانب سے ایک سال سے اگلے سال تک جاری نہیں رکھا جا سکتا۔ شخصی ہدایتی افراد کے لیے، یہ تصدیق کی جاتی ہے کہ FSS پروگرام موجودہ بجٹ میں شامل ہے۔ بجٹ میں فنڈنگ کی شمولیت درخواست کی منظوری کی ضمانت نہیں دیتی۔ بازادائیگی کی درخواستیں لازماً FSS کے رہنما اصولوں سے مطابقت رکھتی ہوں۔ درخواستیں فرد، خاندانوں، کیس مینیجرز یا وکیلوں کی جانب سے کسی بھی خاندانی بازادائیگی کے پروگرام کے فراہم کنندگان کو جمع کروائی جا سکتی ہیں۔ کوئی بھی چیز جو خریداری/رونما ہونے کے 90 دن گزر جانے کے بعد جمع کروائی جاتی ہے اس کی ادائیگی بازادائیگی پروگرام کے فراہم کنندہ کی صوابدید پر منحصر ہوگی۔ جو درخواستیں مکمل طور پر پُر نہیں ہوں گی انہیں واپس بھیج دیا جائے گا، اور ادائیگی میں تاخیر کا سبب بنیں گی۔

*میں نے درج بالا بیان کو پڑھ لیا ہے اور یہ سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ بازادائیگی کے لیے میری درخواست سے متعلقہ معلومات کو OPWDD کے علاقے/ڈسٹرکٹ کے اندر مشترکہ طور پر شیئر کی جا سکتی ہیں اور/یا دیگر ایجنسیز کی جانب سے وصول کی جا سکتی ہیں:

11. دستخط کرنے والے والد/والدہ/سرپرست کا نام پرنٹ کریں:

11a. وہ تاریخ جس پر تکمیل ہوئی:

11b. والد/والدہ/سرپرست کے دستخط:

*دستخط شدہ درخواستوں کو جمع کروانا لازمی ہے

12. اگر نگہداشتی کوآرڈینیٹر کی جانب سے جمع کروائی گئی ہے تو نام پرنٹ کریں:

12a. نگہداشتی کوآرڈینیٹر کی تنظیم (CCO) کا نام:

13. جمع کروانے کی تاریخ: