



FORMULAIRE DE DEMANDE DE PARTICIPATION À LA DÉROGATION DE L'OPWDD POUR LES SERVICES À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES (HCBS) ET DE DOCUMENTATION DES CHOIX

Nom du Demandeur : _____

Adresse Actuelle : _____

N° de Sécurité Sociale : _____ Date de naissance : _____

N° de Medicaid : _____ Comté : _____

Cochez cette case si vous n'êtes pas actuellement inscrit à Medicaid.

A. SÉLECTION DE LA DÉROGATION HCBS : J'ai été informé que je suis éligible aux services offerts soit par un Établissement de Soins Intermédiaires (ICF), soit par les Services à Domicile et Communautaires (HCBS). Mon choix est indiqué ci-dessous.

J'ai choisi les HCBS

Je n'ai pas choisi les HCBS

B. Je demande à participer à la Dérogation pour les Services à Domicile et Communautaires administrée par le Bureau de l'État de New York pour les Personnes Ayant une Déficience Développementale. Je comprends que l'approbation sera basée sur mon choix éclairé de recevoir des Services à Domicile et Communautaires plutôt que des soins dans un Établissement de Soins Intermédiaires (ICF)/un milieu institutionnel et sur la preuve de :

- déficience développementale ;
• éligibilité à l'admission dans un Établissement de Soins intermédiaires (ICF) ;
• éligibilité à l'inscription à Medicaid ;
• sélection du prestataire de gestion des soins de mon choix ;
• disponibilité de services communautaires appropriés ; et
• existence d'un cadre de vie approprié.

C. J'ai été informé de tous les prestataires de services actuellement disponibles dans le cadre de la dérogation et je comprends que j'ai le droit de choisir tous mes prestataires de services.

D. J'ai été informé et je comprends que j'ai le droit de changer de prestataire de services à tout moment.

E. SÉLECTION DE L'ORGANISME DE COORDINATION DES SOINS (CCO) : J'ai été informé de tous les choix actuellement disponibles en matière de prestataire de services de gestion des soins. Mon choix est indiqué ci-dessous. Je comprends que je dois travailler avec le CCO que j'ai choisi pour déterminer le service de gestion des soins pour répondre à mes besoins et effectuer toutes les activités d'inscription requises.

CCO : _____ Nom du contact : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____

Signature du Demandeur ou de son Représentant (le cas échéant) :

Nom du Signataire (en caractères d'imprimerie) : _____

Date de remplissage : _____