



FORMULARZ WNIOSKU O REJESTRACJĘ DO PROWADZONEGO PRZEZ OPWDD PROGRAMU OPIEKI DOMOWEJ I SPOŁECZNOŚCIOWEJ (HCBS WAIVER) WRAZ Z FORMULARZEM WYBORÓW WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko: _____

Aktualny adres: _____

Nr ubez. społ.: _____ Data ur.: _____

Nr Medicaid: _____ Hrabstwo: _____

Prosimy zaznaczyć, jeśli nie są Państwo obecnie zarejestrowani w Medicaid.

A. **WYBÓR PROGRAMU OPIEKI DOMOWEJ I SPOŁECZNOŚCIOWEJ:** Poinformowano mnie, że kwalifikuję się do korzystania z usług Ośrodka Opieki Pośredniej (Intermediate Care Facility – ICF) lub opieki domowej i społecznościowej (Home and Community Based Services – HCBS). Mój wybór wskazany jest poniżej.

Wybieram HCBS

Nie wybieram HCBS

B. Wnioskuje o udział w programie opieki domowej i społecznościowej Home and Community Based Services Waiver administrowanym przez Biuro Stanu Nowy Jork ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi. Rozumiem, że pozytywne rozpatrzenie wniosku będzie oparte na moim świadomym wyborze otrzymywania usług opieki domowej i społecznościowej zamiast opieki w placówce opieki pośredniej (ICF) / placówce instytucjonalnej oraz:

- udokumentowanej niepełnosprawności rozwojowej;
- spełnieniu kryteriów koniecznych do przyjęcia mnie do ośrodka opieki pośredniej (ICF);
- spełnieniu kryteriów kwalifikujących mnie do uczestnictwa w systemie Medicaid
- moim wyborze dostawcy usług zarządzania opieką;
- dostępności odpowiednich usług społecznościowych; oraz
- określonych przez zasady programu warunkach mieszkaniowych.

C. Poinformowano mnie o wszystkich aktualnie dostępnych podmiotach świadczących usługi w ramach programu HCBS i rozumiem, że mam prawo wyboru wszystkich podmiotów świadczących mi usługi w ramach tego programu.

D. Poinformowano mnie i rozumiem, że mam prawo do zmiany podmiotu świadczącego usługi w dowolnym momencie.

E. **WYBÓR ORGANIZACJI DS. KOORDYNACJI OPIEKI (CCO):** Poinformowano mnie o wszystkich obecnie dostępnych opcjach wyboru dostawcy usług zarządzania opieką. Mój wybór wskazany jest poniżej. Rozumiem, że muszę współpracować z wybranym CCO, aby określić odpowiednią usługę zarządzania opieką, która spełni moje potrzeby i wykonać wszystkie wymagane czynności rejestracyjne.

CCO: _____ Os. kontaktowa: _____

Adres: _____ Nr tel.: _____

Podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela

(jeśli dotyczy): _____

Imię i nazwisko osoby podpisującej (drukowanymi literami): _____

Data wypełnienia: