



ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЕ ПО ОКАЗАНИЮ УСЛУГ НА ДОМУ И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (HCBS) OPWDD И ФОРМА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ

Имя заявителя:

Текущий адрес:

Номер социального страхования: Дата рождения:
Округ:

Medicaid No.:

Если вы не зарегистрированы по программе Medicaid, поставьте галочку здесь.

A. **УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ПО ОКАЗАНИЮ УСЛУГ НА ДОМУ И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА:** мне сообщили, что я имею право на получение услуг, предоставляемых либо в рамках учреждения для проживания лиц с дефектами умственного развития, нуждающихся в медсестринском уходе и бытовой помощи (ICF), либо по Программе по оказанию услуг на дому и по месту жительства (HCBS). Я принял(а) следующее решение.

Я выбрал(а) услуги HCBS

Я не выбрал(а) услуги HCBS

B. Я прошу зачислить меня в качестве участника альтернативной программы по оказанию услуг на дому и по месту жительства, проводимой Управлением штата Нью-Йорк по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (New York State Office for People With Developmental Disabilities). Я понимаю, что получаю разрешение, так как сделал(а) осознанный выбор в пользу услуг на дому и по месту жительства вместо услуг в учреждении для проживания лиц с дефектами умственного развития, нуждающихся в медсестринском уходе и бытовой помощи (ICF)/общественном учреждении, а также на основании подтверждения того, что:

- имею нарушение развития;
- имею право на принятие в учреждение для проживания лиц с дефектами умственного развития, нуждающихся в медсестринском уходе и бытовой помощи (ICF);
- имею право на регистрацию по программе Medicaid;
- сделал(а) выбор поставщика услуг по медицинскому уходу в отдельных случаях;
- услуги по месту жительства доступны для получения; и
- жилищные условия позволяют получать такие услуги.

C. Я был(а) проинформирован(а) обо всех доступных в настоящее время поставщиках услуг в рамках альтернативной программы и понимаю, что имею право выбрать любого поставщика услуг в рамках альтернативной программы.

D. Я был(а) проинформирован(а) и понимаю, что имею право поменять поставщика услуг в рамках альтернативной программы.

E. **ВЫБОР ОРГАНИЗАЦИИ ПО КООРДИНАЦИИ УХОДА (ССО):** я был(а) проинформирован(а) обо всех доступных в настоящее время поставщиках услуг по медицинскому уходу в отдельных случаях. Я принял(а) следующее решение. Я понимаю, что буду работать с выбранной мною ССО, чтобы определить какие услуги по медицинскому уходу в отдельных случаях подходят мне для удовлетворения моих потребностей, а также выполнить все действия для дальнейшей регистрации.

ССО: Контактное лицо:

Адрес: Телефон:

Подпись заявителя или представителя (если применимо):

Имя подписавшего лица (печатными буквами):

Дата заполнения: