



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LA EXENCIÓN DE SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (HCBS) DE LA OPWDD Y FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE ELECCIONES

Nombre del solicitante: [input]

Domicilio actual : [input]

# de seguro social: [input] Fecha de nacimiento: [input] # de Medicaid: [input] Condado: [input]

[checkbox] Marque aquí si no está inscrito actualmente en Medicaid.

A. SELECCIÓN DE LA EXENCIÓN HCBS: Se me ha informado que soy elegible para los servicios provistos a través de un Centro de Atención Intermediaria (ICF) o los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS). Mi elección se indica a continuación.

[checkbox] He elegido los HCBS. [checkbox] No he elegido los HCBS.

B. Estoy solicitando participar de la Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad administrada por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del estado de Nueva York. Entiendo que la aprobación se basará en mi elección informada de recibir Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad en vez de atención en un Centro de Atención Intermedia (ICF)/marco institucional y en la evidencia de:

- discapacidad del desarrollo;
• elegibilidad para admisión a un Centro de Atención Intermediaria (ICF);
• elegibilidad para inscripción a Medicaid;
• selección de mi elección del proveedor de gestión de atención;
• disponibilidad de los servicios basados en la comunidad adecuados y
• modalidad de vivienda adecuada.

C. Se me han informado todos los proveedores del servicio de exención actualmente disponibles y entiendo que tengo derecho a elegir todos mis proveedores del servicio de exención.

D. Se me ha informado y entiendo que tengo derecho a cambiar mis proveedores de servicios en cualquier momento.

E. SELECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN (CCO): Se me han informado todas las opciones actualmente disponibles de proveedores de gestión de atención. Mi elección se indica debajo. Entiendo que debo trabajar con la CCO que he seleccionado para determinar el servicio adecuado de gestión de atención que cubra mis necesidades y completar todas las actividades de inscripción requeridas.

CCO: [input] Nombre de contacto: [input] Dirección: [input] Teléfono: [input]

Firma del solicitante o representante (si corresponde): [input]

Nombre del firmante (en imprenta): [input]

Fecha en que se completó: