

Сопроводительная форма для определения нарушения развития

Для определения права на получение услуг OPWDD требуется подтверждение наличия у человека соответствующего нарушения развития. Заполните эту форму и отправьте ее в местное Управление по делам людей с нарушениями развития (Инструкции представлены на странице 2)

ПРИЛОЖИТЬ: Копии документов, подтверждающих наличие нарушения до достижения возраста 22 лет.

Обратитесь в местный DDRO, если у вас есть вопросы или вам необходима помощь в заполнении данной формы.

Вносите данные печатными буквами или распечатайте удобочитаемую копию. Знак * означает информацию, которую необходимо указать в обязательном порядке.

***Раздел 1. Личная информация**

*Имя:		№ TABS (если он известен):		* № SSN:		
*Дата рождения:	№ Medicaid:	*Страна проживания:	*Пол:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Ж	<input type="checkbox"/> X
*Домашний адрес:		Почтовый адрес (если он отличается):				
*Город:	*Штат:	*Индекс:	Город:	Штат:	Индекс:	
*Телефон:		*Также известен, как:				

***Отправить информацию (Отметьте столько вариантов, сколько необходимо):**

1. Себе - Дом
2. Себе – Почтовый адрес
3. Родитель/Представитель 1 (заполнить раздел 2 Имя и адрес Р/П)
4. Родитель/Представитель 2 (заполнить раздел 2 Имя и адрес Р/П)
5. Координатор PASRR

Примечание: Не отмечайте 3 или 4 пункт, Представитель является Агентством, как это указано в разделе 3.

Раздел 2: Участвующие родители или представители – Укажите адрес, по которому приходит почта. Это не обязательно, если отмечены пункты 3 и 4 выше.

Имя Р/П 1:			Имя Р/П 2:		
Адрес:			Адрес:		
Город:	Штат:	Индекс:	Город:	Штат:	Индекс:
Телефон:	Страна:	Телефон:	Страна:		

Раздел 3: Информация о направляющем агентстве – Автоматически получает информацию, при заполнении формы.

Наименование агентства:			
Код агентства (если он известен):		Адрес, улица:	
Контактное лицо агентства:			
Телефон:	Город:	Штат:	Индекс:

***Раздел 4: Укажите услуги, в получении которых вы заинтересованы, если они признаны подходящими**

<input type="checkbox"/> 1. Только нарушение развития - В настоящее время услуги не запрошены	<input type="checkbox"/> 2. Индивидуальные услуги поддержки (ISS)	<input type="checkbox"/> 3. Центр временного отдыха
<input type="checkbox"/> 4. Бытовая абилитация (IRA)	<input type="checkbox"/> 5. Абилитация в сообществе	<input type="checkbox"/> 6. Учреждения, оказ. услуги по уходу (ICF)
<input type="checkbox"/> 7. Дневная абилитация	<input type="checkbox"/> 8. Дневное лечение	
<input type="checkbox"/> 9. Услуги подготовки к трудоустройству	<input type="checkbox"/> 10. Помощь в работе (SEMP)	<input type="checkbox"/> 11. Уход на дому
<input type="checkbox"/> 12. FET – Обучение и подготовка на дому		
<input type="checkbox"/> 13. CSS – Усиленная поддержка и обслуживание	<input type="checkbox"/> 14. Социальное сопровождение, нпр., MSC	<input type="checkbox"/> 15. Повышение качества окр. среды/ устройства адаптации
<input type="checkbox"/> 16. Клиника		
Услуги по поддержке семьи:		
<input type="checkbox"/> 17. Отдых	<input type="checkbox"/> 18. Прочая поддержка семьи	<input type="checkbox"/> 19. Оценка PASRR, уровень II
<input type="checkbox"/> 20. Прочее (указать):		

***Заполнено (Имя):**

***Дата:**

***Форма заполнена:** 1. Самостоят. 2. Родитель/ Представ. 3. Агентство 4. Координатор PASRR

Следующая информация указывается только персоналом DDRO:

Дата получения DDRO:	Имя принимающего сотрудника:	
№ TABS лица:	Данные введены в TABS:	Кем (инициалы):

Инструкции по заполнению сопроводительной формы
Вносите данные печатными буквами или распечатайте удобочитаемую копию

Общие инструкции:

Заполните данную форму и отправьте ее в местный DDRO вместе с копиями документов. Копии документов, подтверждающих наступление нарушения развития до 22 лет, прилагаются к сопроводительной форме. Они будут использованы для проверки соответствия требованиям OPWDD. Если у вас имеются вопросы относительно типа документов, необходимых для проверки соответствия требованиям, обратитесь к разделу «ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ OPWDD. Важные факты.» Информационный бюллетень представлен на веб-сайте OPWDD по адресу oprwdd.ny.gov, или его можно получить в местном DDRO.

Подробные инструкции:

Настоящая сопроводительная форма может быть заполнена: лицом, которое желает получить информацию о том, имеет ли оно право на получение услуг OPWDD, его родителем или представителем, либо сотрудником агентства, оказывающим помощь этому лицу.

Раздел 1: Личная информация

Имя: Официальное имя человека; фамилия, имя и отчество
 № TABS: Идентификационный номер TABS лица, если оно не зарегистрировано, не заполняйте поле
 № SS: 9-значный номер социального страхования лица
 Дата рождения: Дата рождения лица в формате месяц, день, год (ДД/ММ/ГГГГ) (например, 03.04.1998)
 № Medicaid: Номер лица в Medicaid.
 Страна проживания: Округ проживания лица (например, Кингс, Эссекс)
 Пол: Отметьте поле М, если пол мужской, Ж – если пол женский, Х – если пол, не является исключительно мужским или женским.
 Домашний адрес: Текущий домашний адрес лица
 Укажите улицу/проспект, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс.
 Почтовый адрес: Адрес, по которому человек получает почту, если он отличается от домашнего адреса.
 Укажите почтовый ящик/улицу/проспект, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс.
 Телефон: Номер телефона лица, включая код города.
 Также известен, как: Перечислите все имена (кроме официального имени), под которыми известно данное лицо.
 Укажите псевдонимы, девичью фамилию и т. д.
 Отправить информацию: Укажите X рядом с полем, указывающим, куда следует отправлять информацию о решении относительно соответствия.
 Если информация из DDRO должна быть отправлена родителю или представителю (не Агентству, указанному в Разделе 3), отметьте поле 3 и/или 4 и заполните раздел Родитель/Представитель Раздела 2. Любое агентство, указанное в Разделе 3, автоматически получит информацию решения относительно соответствия.

Раздел 2: Участвующие родители или представители – Данный раздел заполнять не обязательно, если не был отмечен пункт 3 или 4 в поле «Отправить информацию». Если требуется только один родитель/представитель, укажите имя и адрес Р/П1.

Имя: Имя родителя или представителя: фамилия, имя отчество.
 Домашний адрес: Текущий домашний адрес родителя или представителя
 Укажите улицу/проспект, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс.
 Почтовый адрес: Адрес, по которому родитель или представитель получает почту, если он отличается от домашнего адреса.
 Укажите почтовый ящик или адрес улицы/проспекта, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс.
 Телефон: Номер телефона родителя или представителя, включая код город

Раздел 3: Информация о направляющем агентстве (если это применимо)

Наименование агентства: Полное наименование агентства
 Код агентства: Код агентства OPWDD, если он известен
 Контактное лицо агентства: Имя сотрудника агентства, с которым можно связаться по вопросу определения соответствия
 Адрес, улица: Укажите адрес, по которому контактное лицо агентства получает почту. Укажите почтовый ящик или почтовый адрес, город и почтовый индекс.
 Телефон: Контактный номер телефона агентства, включая код города и любой добавочный номер

Раздел 4: Укажите X в поле 1, если это только касается нарушения развития. Либо, укажите X рядом с каждой услугой, в получении которой заинтересовано лицо, ЕСЛИ установлено, что он/она имеет право на получение услуг OPWDD.

ПРИМЕЧАНИЕ: Сопроводительная форма **НЕ** является заявлением на получение услуг.

Заполнено: Разборчиво и печатными буквами укажите имя лица, заполнившего форму, и дату заполнения формы.
 Форма заполнена: Укажите X в соответствующем поле, чтобы отметить, кто заполнил форму (лицо/САМОСТОЯТЕЛЬНО, родитель или представитель, сотрудники агентства или координатор PASRR)

*** Отправьте заполненную форму и необходимые документы в местный DDRO.**