

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫПЛАТУ ВОЗМЕЩЕНИЯ СЕМЬЕ ПО ПРОГРАММЕ FSS OPWDD

Для рассмотрения заявление должно быть заполнено полностью

1. Имя лица, получающего услуги:

1a Дата рождения:

1b. № TABS:

1с. Адрес (Улица/ город/ почтовый индекс):

1d. Округ:

1е. Количество людей, проживающих в доме:

2. Имя родителя/ родственника/ опекуна:

2а. Электронная почта родителя/ опекуна:

2b. Телефон родителя/ опекуна:

3. Имя менеджера по мед. обслуживанию:

3а. Адрес менеджера по мед. обслуживанию (Улица/ город/ почт. индекс):

3b. Электронная почта менеджера по мед. обслуж.:

3с. Телефон менеджера по мед. обслуживанию:

4. Финансовый посредник (Если применимо - Имя/Агентство/Телефон/Электронная почта):

5. Диагноз – Отметьте все, что отвечает требованиям OPWDD

- Интеллектуальное нарушение Травматическое повреждение мозга Прочее
- Аутизм Церебральный паралич
- Эпилепсия (Припадки) Неврологический дефицит

6. В отношении какого товара или услуги запрашивается возмещение - Опишите:

Помните: Расходы на размещение подлежат возмещению только в том случае, если такое размещение одобрено Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк и/или местным Департаментом здравоохранения в соответствии с подразделом 7 Санитарного кодекса штата Нью-Йорк (см. 10 NYCRR, подраздел 7).

Общая сумма, запрашиваемая в настоящем заявлении:

* Отвечает ли данный товар/ услуга требованиям срочной кризисной ситуации, как это определено в руководстве? Отметьте один ответ:

Да Нет

7. Предпринимали ли вы попытки получить финансирование по первичному медицинскому страхованию, в том числе по плану сбережений на случай непредвиденных расходов или из других источников, таких как MEDICAID, MEDICARE, программа самостоятельного контроля, отказ по HCBS - повышение качества окружающей среды, предоставление вспомогательных средств для удобного проживания и т.д.

Да Нет Результаты

7а. Является ли лицо участником MEDICAID? Да Нет

7b. Какие услуги вы получаете по программе отказа (HCBS) на локальном уровне или на уровне сообщества и/или по плану штата в рамках OPWDD?

Отдых Дневная абилитация Помощник с проживанием Нарботка трудовых навыков

Абилитация на месте проживания Поддержка в трудоустройстве Адаптация на уровне сообщества

Финансовое посредничество Индивидуальные товары и услуги Поддержка личного помощника

- Вспомогательные технологии - Устройства адаптации Абилизация в сообществе Повышение качества окружающей среды
 Образование и подготовка членов семьи Поведенческие услуги Подготовка к трудоустройству
 Трансформация автомобиля Услуги координации ухода Услуги помощи в кризисных ситуациях для лиц с нарушениями развития/ интеллектуальными нарушениями
 Программа ARTICLE 16 CLINIC

7с. Получает ли какое-либо лицо, проживающее в вашем доме, оплату за оказание отдельных, получаемых лицом услуг?

Да Нет

8. Перечислите все виды возмещения, заявленные и/ или полученные за этот договорной год: при необходимости добавьте страницу): Данную информацию НЕОБХОДИМО сообщить. Помните, что максимальная общая сумма, которая может быть возмещена, составляет 3000 долларов США. Если ваш зарос на возмещение превышает предельную сумму агентства и вы направляете его в несколько агентств, чтобы получить возмещение по частям, это необходимо указать ниже.

Агентство	Дата	Сумма	Одобрено	Отказано	Ожидает

9. КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ: (Пожалуйста, приложите к настоящему заявлению)

- Подписанное заявление, квитанции/счета (допускаются ксерокопии и цифровые копии), формы проверки отсрочки. (Если квитанция была отправлена в другое агентство для получения частичного возмещения укажите, какое агентство получило квитанцию.)
 Клиническое обоснование/письмо от врача или клинициста, если запрос касается медицинских наименований/ услуг.
 Если вы являетесь участником программы самостоятельного контроля, копию последнего отчета о расходах или бюджете, подтверждающего выплату возмещения членам семьи.
 Если вы являетесь участником ССО, копию последнего плана жизнеобеспечения с оформленным возмещением членам семьи.

10. КАКИМ ОБРАЗОМ ДАННЫЙ ВОПРОС НЕПОСРЕДСТВЕННО КАСАЕТСЯ ПРОБЛЕМ С РАЗВИТИЕМ ЛИЦА? Добавьте страницы или представьте описание ниже. Будьте конкретны и приведите обоснование по мере необходимости.

В том случае, если выяснится, что запрос на товары или услуги носит мошеннический характер, агентство, в которое было подано настоящее заявление на возмещение, необходимо уведомить (если этого не сделает лицо, которое это выявило), а также следует провести расследование и проверить всю документацию, представленную по заявлению на возмещение. В том случае, если факт мошенничества будет подтвержден, лицо/ члены семьи должны вернуть сумму возмещения агентству (если возмещение за товары/ услуги уже было выплачено), и им будет отказано в предоставлении возмещения за товары и услуги на период времени, который определит агентство и OPWDD. Получатель возмещения также может быть привлечен к судебной ответственности по решению агентства и OPWDD.

Члены семьи могут подать запрос на возмещение в RO или агентство FSS, предоставляющее возмещение, в любое время, в зависимости от того, какая организация контролирует программу выплаты возмещения в данном регионе, воспользовавшись формой агентства, предоставляющего возмещение членам семьи, или полученной от менеджера по медицинскому обслуживанию или от лица, осуществляющего уход. Средства предоставляются только на договорной основе. Любые одобренные, но не использованные суммы возмещения, не подлежат переносу на следующий год. в отношении лиц, которые пользуются программой самостоятельного контроля, проводится проверка с тем, чтобы убедиться, что программа FSS включена в текущий бюджет. Включение финансирования в бюджет не гарантирует, что запрос будет одобрен. Запросы на возмещение должны отвечать руководящим принципам FSS. Лица, члены их семей, менеджеры по медицинскому уходу или юристы могут подавать заявления любому поставщику Программы выплаты возмещений членам семьи. По всем документам, которые будут отправлены более чем через 90 дней после покупки/события, возмещение будет выплачено по усмотрению поставщика Программы выплаты возмещений. Заявления, которые будут заполнены не полностью, подлежат возврату, а выплаты по ним подлежат отсрочке.

***Я прочитал (-а) выше представленное заявление и осознаю, что информация, касающаяся моего запроса на выплату возмещения, может быть взаимно передана и/ или получена от других организаций в районе/ округе OPWDD**

11. Имя родителя/ опекуна, подписывающего форму, печатными буквами:

11а. Дата заполнения:

11b. Подпись родителя/ опекуна:

* При подаче, заявление должно быть скреплено подписью

12. Если подается координатором по уходу, укажите имя печатными буквами:

12а. Название организации-координатора по уходу (CCO):

13. Дата подачи:

05/2023