

طلب سداد تكاليف الأسرة OPWDD FSS

* يجب تعبئة الطلب بالكامل حتى يتم النظر فيه *

1. اسم الشخص الذي يتلقى الخدمات:

1b. TABS NO.:

1a تاريخ الميلاد:

1c. العنوان (الشارع / المنطقة / الرمز البريدي):

1e. عدد الافراد بالمنزل:

1d. البلد:

2. اسم الوالدين / القريب / الوصي:

2b. رقم هاتف الوالدين / الوصي:

2a. البريد الإلكتروني للوالدين / الوصي:

3a. عنوان مدير الرعاية (الشارع / المنطقة / الرمز البريدي):

3. اسم مدير الرعاية:

3c. رقم الهاتف لمدير الرعاية #:

3b. البريد الإلكتروني لمدير الرعاية:

4. الوسيط المالي (إن يوجد - الاسم / الوكالة / الهاتف / البريد الإلكتروني):

5. التشخيص - يرجى التحقق من كل ما ينطبق على OPWDD

التوحد

إصابات الدماغ الرضحية – TBI

الإعاقة الذهنية

الشلل الدماغي

الأخرى

الضعف العصبي

الصرع (النوبات)

6. ما هو العنصر (العناصر) أو الخدمة المطلوبة للسداد - يرجى الوصف:

يرجى ملاحظة - لا يمكن تعويض المخيم إلا إذا كان المخيم لديه تصريح من وزارة الصحة بولاية نيويورك و / أو وزارة الصحة المحلية وفقاً للجزء الفرعي 7 من قانون ولاية نيويورك الصحي (انظر 7 NYCRR Subpart 10).

المبلغ الإجمالي المطلوب في هذا الطلب:

* هل هذا العنصر / الخدمة يمثل حالة أزمة فورية كما هو محدد في المبادئ التوجيهية؟ الرجاء تحديد واحد: نعم لا

7. هل حاولت الحصول على تمويل من التأمين الطبي الأساسي ، بما في ذلك حساب الإنفاق المرن أو مصادر أخرى مثل MEDICAID (ميديكيد) و MEDICARE (ميدي كينر) والتوجيه الذاتي والتنازل عن HCBS - التعديلات البيئية أو التكنولوجيا المساعدة ، إلخ.

نعم لا النتائج

7a. هل الفرد مسجل في MEDICAID (ميديكيد)؟

7b. ما هي الخدمات التي تتلقاها سواء من خلال التنازل عننعم لا المنزل و المجتمع (HCBS) و / أو خدمات خطة الولاية OPWDD؟

فترة سماح التهيئة النهارية مقدم رعاية مقيم خدمات ما قبل المهني

التهيئة السكنية التوظيف المدعوم خدمات التحول المجتمعي

الوساطة المالية البضائع والخدمات الموجهة الفردية السمسة الداعمة

التكنولوجيا المساعدة - الأجهزة التكميلية اعداد المجتمع التعديلات البيئية

التعليم والتدريب العائلي الخدمات السلوكية المكثفة الطريق إلى التوظيف

تعديلات المركبة خدمات تنسيق الرعاية خدمات الأزمات للأفراد الذين يعانون من إعاقات ذهنية / إنمائية

المادة 16 العيادة

7c. هل يتلقى أي شخص مقيم في منزلك دفعة من أجل تقديم الرعاية إلى الخدمات المتلقية للأفراد؟

نعم لا

8. قم بإدراج جميع عمليات السداد المطبقة و / أو المستلمة في هذا العقد من العام: (أضف صفحة إذا لزم الأمر): يجب الإبلاغ عن هذه المعلومات. يرجى العلم أن الحد الأقصى للمبلغ الإجمالي الذي يمكن سداه. إذا كان لديك طلب سداد كبير يتجاوز الحد الأقصى الداخلي للوكالة وكنت تقدم إلى وكالات متعددة للحصول على سداد جزئي ، فيجب عليك الإشارة إلى ذلك في المساحات أدناه.

الوكالة التاريخ المبلغ تمت الموافقة تم الرفض قيد الانتظار

الوكالة	التاريخ	المبلغ	تمت الموافقة	تم الرفض	قيد الانتظار

9. قائمة مراجعة المستندات المطلوبة: (الرجاء إرفاق مع هذا الطلب)

طلب موقع ، إيصالات / فاتورة (تقبل النسخ المصورة والنسخ الرقمية) ، واستمارات التحقق المؤقتة. (إذا تم تقديم الإيصال إلى وكالة أخرى للتعويض الجزئي ، فقم بإدراج الوكالة التي لديها الإيصال).

المبرر الصحي / خطاب من الطبيب أو الطبيب المعيد إذا كان الطلب خاصًا بمادة / خدمة طبية

إذا كنت مسجلاً في التوجيه الذاتي ، نسخة من أحدث تقرير أو ميزانية نفقات التوجيه الذاتي التي تتحقق من احتساب سداد الأسرة.

إذا كنت مسجلاً في CCO ، يتم توثيق نسخة من أحدث خطة حياة مع سداد تكاليف عائلة FSS بشكل صحيح.

10. كيف يرتبط هذا الطلب مباشرة بإعاقه الفرد؟ الرجاء إضافة صفحة أو الرد في المنطقة أدناه. كن محددًا وقدم تبريراً حسب الاقتضاء.

في حالة اكتشاف أن مطالبة تتعلق بالسلع أو الخدمات احتيالية ، يجب إخطار الوكالة التي تم تقديم طلب السداد إليها (إن لم يكن الكيان المكتشف) وستقوم بالتحقيق في الطلب المعني وجميع المستندات المقدمة مع السداد طلب. في حالة تأكيد المطالبة الاحتياطية ، سيطلب من الفرد / الأسرة دفع المبلغ الذي تم سداه إلى الوكالة (إذا تم سداد الخدمة / السلعة بالفعل) وسيتم تعليقه من أي سداد مستقبلي للسلع والخدمات لفترة زمنية تحددها الوكالة و OPWDD. قد يخضع متلقي السداد أيضاً لإجراءات قانونية على النحو الذي تحدده الوكالة و OPWDD

يجوز للعائلات تقديم طلبات السداد إلى مكتب تسلم الطلبات أو وكالة تقديم سداد FSS في أي وقت ، اعتماداً على الكيان الذي يدير برنامج السداد في تلك المنطقة ، باستخدام النموذج المقدم من وكالة تقديم تعويض الأسرة أو تم الحصول عليها من مدير رعاية الفرد أو منسق الرعاية. الأموال متاحة فقط على أساس عقد سنة. ولا يجوز للأسرة المستقبلية نقل أي مبالغ مأذون بها، ولكن غير مستخدمة، من سنة إلى أخرى. بالنسبة للأفراد الموجهين ذاتياً ، يتم إجراء التحقق لضمان تضمين برنامج FSS في الميزانية الحالية. لا يضمن إدراج التمويل في الميزانية الموافقة على الطلب. يجب أن تتوافق طلبات السداد مع إرشادات FSS. يمكن تقديم الطلبات إلى أي من مزودي برنامج تعويض الأسرة من قبل الأفراد أو العائلات أو مديري الحالات أو المحامين. سيتم منح أي شيء يتم تقديمه بعد أكثر من 90 يوماً من الشراء / الحدوث وفقاً لتقدير مزود برنامج السداد. سيتم إرجاع الطلبات التي لم يتم ملؤها بالكامل ، وسيتم تأخير الدفع.

* لقد قرأت البيان أعلاه وأفهم أن المعلومات المتعلقة بطلب السداد الخاص بي قد يتم مشاركتها بشكل متبادل مع و / أو تلقيها من وكالات أخرى داخل منطقة / منطقة: OPWDD

11. طباعة اسم الوالدين / الوصي نموذج التوقيع:	11a. تاريخ الإنجاز:
11b. توقيع الوالدين / ولي الأمر:	
* يجب تقديم الطلب الموقع	
12. إذا تم التقديم من قبل منسق الرعاية ، اكتب الاسم:	12a. اسم منظمة تنسيق الرعاية (CCO):
13. تاريخ التقديم:	