

OPWDD FSS 패밀리 환급 신청

고려 대상이 되기 위하여 신청서를 전부 작성해야 합니다

1. 서비스를 받는 개인의 이름:

1a 생년월일:

1b. TABS 번호:

1c. 주소(거리/타운/우편):

1d. 카운티:

1e. 가정 내 거주자수:

2부모/친척/보호자 이름:

2a. 케어 매니저 이름:

2b. 부모/보호자 전화번호:

3. 케어 매니저 이름:

3a. 케어 매니저 주소(거리/도시/우편):

3b. 케어 매니저 이메일:

3c. 케어 매니저 전화번호:

4. FI(Fiscal Intermediary) (해당하면: 이름/에이전시/전화/이메일):

5. 진단명 - OPWDD에 해당되는 모든 것에 체크해주시요.

지적 장애

외상성 뇌 손상 - TBI

기타

자폐증

뇌성 마비

간질(발작)

신경학적 장애

6. 환급 요청된 품목(들) 또는 서비스는 무엇입니까? - 설명해주세요.

주의사항 - 캠프는 뉴욕주 위생법(New York State Sanitary Code) 서브파트 7(10 NYCRR 서브파트 7 참조)에 따라 뉴욕주 보건부 및/또는 지방 보건부의 허가를 받은 경우에만 환급 받을 수 있습니다.

이 신청서에 요청된 총 금액:

* 이 품목/서비스가 지침에서 확인된 즉각적인 위기 상황(CRISIS SITUATION)입니까? 한 곳에만 체크해주세요:

예 아니요

7. 유연 지출 계좌(FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT) 또는 메디케이드, 메디케어, 셀프 디렉션, HCBS 웨이버(환경 개선 또는 보조 기술 등)와 같은 기타 출처를 포함한 일차 의료 보험의 자금 지원을 위해 노력해 본 적이 있습니까?

예 아니요 결과

7a. 이 개인은 메디케이드에 등록되어 있습니까? 예 아니요

7b. 가정 및 지역사회 기반(HCBS) 웨이버(면제) 및/또는 OPWDD 주 계획 서비스를 통해 어떤 서비스를 받고 있습니까?

임시간호(RESPIRE) 일일 기능활동 L상주간병인(LIVE-IN CAREGIVER) 사전 직업 (PREVOCATIONAL) 서비스

거주 기능활동 고용 지원 지역사회 전환 서비스

회계 중개 개인 지정 상품 및 서비스 지원 중개

- 보조 기술 - 적응형 장치 지역사회 기능활동 환경 개선
- 가족 교육 & 트레이닝 행동 집중 서비스 고용 경로 안내(PATHWAY)
- 차량 개조 관리 조정 서비스 지적/발달 장애가 있는 개인을 위한 위기 서비스
- 제16조 클리닉

7c. 귀하의 집에 거주하는 누구라도, 급여를 지급받아 서비스를 받는 개인에게 케어를 제공하고 있습니까?

예 아니오

8. 이 계약 연도에 신청 및/또는 수령한 모든 환급 보상을 나열하세요. (필요한 경우 페이지 추가): 이 정보는 반드시 보고해야 합니다. 3,000달러가 환급 받을 수 있는 최대 총 금액임을 염두해두십시오. 에이전시 내부 한도를 초과하는 대규모 환급 요청이 있고 부분 상환을 위해 여러 대행사에 제출하는 경우, 아래 공란에 이를 표시해야 합니다.

에이전시	날짜	금액	승인됨	거부됨	대기

9. 필수 문서 체크리스트: (이 신청서에 첨부해주세요.)

- 서명된 신청서, 영수증/인보이스(사진 및 디지털 사본 허용 가능), 단기 간호 컨펌 양식. (부분 상환을 위해 다른 에이전시에 영수증이 제출된 경우 영수증을 가지고 있는 에이전시를 나열하세요.)
- 임상 품목/서비스에 대한 요청이 있을 경우 의사 또는 임상의로부터 임상적 정당성/편지
- 셀프 디렉션(Self-Direction)에 등록된 경우 패밀리 환급이 처리되었음을 확인하는 가장 최근의 셀프 디렉션 비용 보고서 또는 예산의 사본
- CCO에 등록된 경우, FSS 패밀리 환급에 대해 적절히 문서화한 가장 최근의 라이프 플랜 사본

10. 이 요청이 개인의 장애와 어떻게 직접적인 관련이 있습니까? 아래 영역에 페이지 또는 회신을 추가하세요. 구체적이고 적절한 정당성을 제공하세요.

상품 또는 서비스에 대한 청구가 사기로 밝혀지는 경우, 해당 환급 신청이 제출된 에이전시에 통지하고(발견 법인이 아닌 경우) 해당 요청과, 함께 제공된 모든 문서를 조사합니다. 사기 청구가 확인되는 경우 개인/가족은 에이전시에 환급된 금액을 지불해야 합니다(서비스/상품이 이미 환급된 경우). 그리고 에이전시와 OPWDD에서 정한 기간 동안 모든 상품 및 서비스에 대한 향후 환급이 중단됩니다. 환급 수령자는 에이전시 및 OPWDD에 따라 법적 조치의 대상이 될 수 있습니다

가족은 패밀리 환급 제공 에이전시가 제공하거나 개인 케어 매니저 또는 관리 조정자로부터 받은 양식을 사용하여 해당 지역에서 환급 프로그램을 관리하는 법인에 따라 언제든지 RO 또는 FSS 환급 제공 에이전시에 환급 요청을 제출할 수 있습니다. 지원금은 계약 연도 기준으로만 사용할 수 있습니다. 승인되었지만 사용되지 않은 환급액을 해당 가족이 내년으로 이월할 수 없습니다. 셀프 디렉팅 개인의 경우, FSS 프로그램이 현재 예산에 포함되어 있는지 확인하기 위한 검증이 이루어집니다. 예산에 지원금을 포함한다고 해서 요청이 승인된다고 보장할 수는 없습니다. 보상 요청은 FSS 지침에 부합해야 합니다. 신청서는 개인, 가족, 케이스 매니저 또는 옹호자가 패밀리 환급 프로그램 제공업체에 제출할 수 있습니다. 구매/발생 후 90일이 지나서 제출되는 모든 것은 환급 프로그램 제공자의 재량에 따라 지급됩니다. 전체 기입하지 않은 신청서는 반환되며 지불은 지연됩니다.

***본인은 위의 설명을 읽었으며 환급 요청과 관련된 정보가 OPWDD 지역/디스트릭트 내의 다른 에이전시와 상호 공유 및/또는 수신될 수 있음을 이해했습니다.**

11. 부모/보호자 서명 정자로 기입:

11a. 작성 날짜:

11b. 부모/보호자 서명:

* 반드시 서명한 신청서를 제출해야 합니다

12. 케어 조정자가 제출한 경우, 이름 정자로 기입:

12a. CCO(케어 조정자 기관) 명칭:

13. 제출일: