

## ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ СЕМЬЕЙ ЗА УСЛУГИ ПО ПОДДЕРЖКЕ СЕМЬИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ OPWDD

**\*Чтобы заявка была рассмотрена, необходимо заполнить ее полностью\***

1. ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧАВШЕГО УСЛУГИ:

1a. ДАТА РОЖДЕНИЯ:

1b. ТАБ. №:

1c. АДРЕС (улица/город/индекс):

1d. ОКРУГ:

1e. КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ В ДОМЕ:

2. ИМЯ РОДИТЕЛЯ/ РОДСТВЕННИКА/ ОПЕКУНА:

2a. ЭЛ. АДРЕС РОДИТЕЛЯ/ ОПЕКУНА:

2b. ТЕЛЕФОН РОДИТЕЛЯ/ ОПЕКУНА:

3. ИМЯ МЕНЕДЖЕРА ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ:

3a. АДРЕС МЕНЕДЖЕРА ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ  
(улица/город/индекс):

3b. ЭЛ. АДРЕС МЕНЕДЖЕРА ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ:

3c. ТЕЛЕФОН МЕНЕДЖЕРА ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ:

4. ПОСРЕДНИК ПО ФИНАНСОВЫМ ДЕЛАМ (если имеется, укажите Имя/Агентство/Телефон/Эл. адрес):

5. ДИАГНОЗ – ПРОВЕРЬТЕ ВСЕ, ЧТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ПО ПРОГРАММЕ OPWDD

- Умственная неполноценность     Травматическое повреждение мозга – ТВИ     Прочее
- Аутизм     Центральный паралич
- Эпилепсия (судороги)     Неврологический дефицит

6. В ОТНОШЕНИИ КАКОГО ПРЕДМЕТА(-ОВ) ИЛИ УСЛУГИ ЗАПРАШИВАЕТСЯ ВОЗМЕЩЕНИЕ – ПОЖАЛУЙСТА, ОПИШИТЕ:

*Обратите внимание: расходы на лагерь могут быть возмещены только в том случае, если лагерь имеет разрешение Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк и/или местного Департамента здравоохранения в соответствии с подразделом 7 Санитарного кодекса штата Нью-Йорк (см. 10 NYCRR, подраздел 7).*

**ОБЩАЯ СУММА, ЗАПРАШИВАЕМАЯ ПО ЭТОЙ ЗАЯВКЕ:**

\* ОТНОСИТСЯ ЛИ ЭТОТ ПРЕДМЕТ/УСЛУГА К СПИСКУ СРОЧНОЙ КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ, КАК ОПРЕДЕЛЕНО В РУКОВОДСТВЕ? Выберите ответ:

ДА  НЕТ

7. ПЫТАЛИСЬ ЛИ ВЫ ПОЛУЧИТЬ ФИНАНСИРОВАНИЕ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПО ПЛАНУ СБЕРЕЖЕНИЙ НА СЛУЧАЙ НЕПРЕДВИДЕННЫХ РАСХОДОВ ИЛИ ИЗ ДРУГИХ ИСТОЧНИКОВ, ТАКИХ, КАК ПРОГРАММА "МЭДИКЭЙД", "МЭДИКЭАР", ПРОГРАММА САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ, АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ПРОГРАММА УСЛУГ НА ДОМУ И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (HSBC WAIVER) – МОДИФИКАЦИИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ИЛИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И Т.Д.

ДА  НЕТ  РЕЗУЛЬТАТЫ

7а. КАКИЕ УСЛУГИ ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ПО АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЕ УСЛУГ НА ДОМУ И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (НСВС) И/ИЛИ ПО ГОСУДАРСТВЕННОМУ ПЛАНУ ОБСЛУЖИВАНИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ OPWDD?

- ПЕРЕДЫШКА  ПАНСИОНАТ С ДНЕВНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ  ЛИЦО, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЕ УХОД С ПРОЖИВАНИЕМ В СЕМЬЕ  УСЛУГИ ПО ПРИСВОЕНИЮ ПРОСТЕЙШИХ ТРУДОВЫХ НАВЫКОВ
- АДАПТАЦИЯ ПО МЕСТУ ПРОЖИВАНИЯ  ТРУДОУСТРОЙСТВО ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ  УСЛУГИ ПО ПЕРЕВОДУ В СООБЩЕСТВО
- ФИНАНСОВЫЙ ПОСРЕДНИК  ИНДИВИДУАЛЬНО НАПРАВЛЕННЫЕ ТОВАРЫ И УСЛУГИ  МАКЛЕРСКАЯ ПОМОЩЬ
- ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ – АДАПТИВНЫЕ УСТРОЙСТВА  АДАПТАЦИЯ ПРИ СООБЩЕСТВЕ  МОДИФИКАЦИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ
- СЕМЕЙНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ  ИНТЕНСИВНЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ УСЛУГИ  ПУТЬ К ЗАНЯТОСТИ
- МОДИФИКАЦИЯ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ  УСЛУГИ ПО КООРДИНАЦИИ УХОДА  УСЛУГИ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ ДЛЯ ЛИЦ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ/НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ
- КЛИНИКИ, ДЕЙСТВУЮЩИЕ ПО СТАТЬЕ 16

7б. ПОЛУЧАЕТ ЛИ КТО-НИБУДЬ, ПРОЖИВАЮЩИЙ В ВАШЕМ ДОМЕ, ОПЛАТУ ЗА ОБСЛУЖИВАНИЕ ЛИЦ, ПОЛУЧАЮЩИХ УСЛУГИ ПО ПРОГРАММЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОТРЕБИТЕЛЯМ (CDRAP) ИЛИ ЧЕРЕЗ ЛЮБОЙ ДРУГОЙ МЕХАНИЗМ ФИНАНСИРОВАНИЯ?

ДА  НЕТ

8. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ ВОЗМЕЩЕНИЯ, НА КОТОРЫЕ ПОДАВАЛИСЬ ЗАЯВКИ И/ИЛИ КОТОРЫЕ БЫЛИ ПОЛУЧЕНЫ ЗА ЭТОТ КОНТРАКТНЫЙ ГОД: (при необходимости добавьте страницу): Эта информация **ДОЛЖНА** быть обязательно представлена. Примите во внимание, что максимальная общая сумма, которая может быть возмещена, составляет 3000 долларов США. Если запрашиваемая сумма возмещения превышает внутренний предел агентства, и вы отправляете свой запрос в несколько агентств для частичного возмещения, укажите это на полях ниже.

АГЕНТСТВО	ДАТА	СУММА	ОДОБРЕНО	ОТКАЗАНО	В ОЖИДАНИИ

9. СПИСОК НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ: (Приложите к этому заявлению)

- Уведомление о решении или другой документ о соответствии требованиям программы OPWDD, утвержденный DDRO (если текущая документация отсутствует в файле поставщика услуг).
- Подписанное заявление, квитанции/счета (допускаются ксерокопии и цифровые копии), формы подтверждения передышки. (Если квитанция была отправлена в другое агентство для частичного возмещения, укажите, какое агентство получило квитанцию.)
- Клиническое обоснование/письмо от врача или клинициста, если запрос касается клинического предмета/услуги

Если вы зарегистрированы в программе самостоятельного регулирования, предоставьте копию самого последнего отчета о расходах или бюджете плана самостоятельного регулирования, подтверждающего то, за что семье причитается возмещение.

Если вы зарегистрированы в ССО, предоставьте копию самого последнего плана жизни с надлежащим образом задокументированным возмещением на услуги поддержки семьи.

**10. КАК ЭТОТ ЗАПРОС НАПРЯМУЮ ОТНОСИТСЯ К ИНВАЛИДНОСТИ ЛИЦА? Пожалуйста, добавьте страницу или ответьте ниже. Будьте точны и приведите обоснование по мере необходимости.**

*Если выяснится, что вы претендуете на предметы или услуги обманным путем, агентство, в которое была подана заявка на возмещение, должно быть уведомлено (если оно само это не обнаружило) об этом и должно изучить рассматриваемый запрос и всю документацию, предоставленную с запросом на возмещение. В случае, если будет подтверждено что запрос был подан обманным путем, лицо/семья должны будут вернуть сумму возмещения агентству (если возмещение по услуге/предмету уже было получено) и лицу/семье будет запрещено подавать в будущем запросы на возмещения за предметы и услуги в течение периода времени, определенного агентством и OPWDD. Получатель возмещения также может быть привлечен к судебной ответственности по решению агентства и OPWDD.*

*Семьи могут в любое время подавать запросы на возмещение в RO или агентство по оказанию поддержки семье (FSS), предоставляющее возмещение, в зависимости от того, какая организация контролирует программу выплаты возмещений в этом регионе, заполнив форму, предоставленную агентством, предоставляющим возмещение за услуги по оказанию поддержки семьи, или полученную от менеджера по уходу или координатора, осуществляющего уход за лицом. Средства предоставляются только на договорной основе. Любые разрешенные, но неиспользованные возмещения не могут быть переведены получающей семьей с одного года на другой. В отношении лиц, находящихся на программе саморегулирования, проводится проверка, чтобы убедиться, что программа FSS включена в текущий бюджет. Включение финансирования в бюджет не гарантирует, что запрос будет одобрен. Запросы на возмещение должны соответствовать руководящим принципам FSS. Заявки могут подаваться физическими лицами, семьями, специалистами по ведению конкретных случаев или адвокатами любому поставщику Программы выплаты возмещения семьям. Все, что отправляется более чем через 90 дней после покупки/события, будет отнесено к возмещению по усмотрению поставщика Программы возмещения. Заявки, заполненные не полностью, будут возвращены, а оплата будет отложена.*

**\*Я ПРОЧИТАЛ(А) ЗАЯВЛЕНИЕ ВЫШЕ И ПОНИМАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, СВЯЗАННАЯ С МОИМ ЗАПРОСОМ О ВОЗМЕЩЕНИИ, МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРЕДАНА И/ИЛИ ПОЛУЧЕНА ОТ ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕГИОНЕ/ОКРУГЕ OPWDD:**

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

11а. Дата заполнения:

11b. Подпись родителя/опекуна:

\* ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПОДПИСАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

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

12а. Название организации по координации ухода (ССО):

13. Дата предоставления:

06/2022