

OPWDD – REFUNDACJA RODZINNA
FORMULARZ WERYFIKACJI OPIEKI ZASTĘPCZEJ

* Aby umożliwić ewentualne przyznanie refundacji, niniejszy formularz musi być podpisany przez osobą świadczącą usługę opieki zastępczej i rodzica/członka rodziny. **NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA FORMULARZA WNIOSKU ABY ZOSTAŁ ON PRZYJĘTY DO ROZPATRZENIA**

* Jeżeli osoba świadcząca usługę opieki zastępczej jest członkiem rodziny, jej miejsce zamieszkania musi być **poza miejscem zamieszkania osoby otrzymującej usługi.**

1 IMIĘ I NAZWISKO OSOBY OTRZYMUJĄCEJ USŁUGI:

1a DATA URODZENIA:

1b NR TABS:

2. IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA:

2a ADRES

2b NR TELEFONU I ADRES E-MAIL

3. OSOBA ŚWIADCZĄCA USŁUGĘ OPIEKI ZASTĘPCZEJ:

3a. CHARAKTER RELACJI Z PODOPIECZNYM:

3b. ADRES OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ OPIEKI ZASTĘPCZEJ:

3c. NR TELEFONU I ADRES E-MAIL OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ OPIEKI ZASTĘPCZEJ:

4. Czy ww. osoba świadcząca usługę opieki zastępczej pracuje również dla agencji, zapewniając Państwu dziecku usługę opieki zastępczej w domu na godziny w ramach programu HCBS Waiver?

Tak Nie

* Jeśli tak, to proszę pamiętać, że Refundacja Rodzinna nie może być wykorzystana jako uzupełnienie stawki godzinowej za opiekę zastępczą, co oznacza, że godziny pracy nie mogą się dublować.

Data wykonania usługi mm/dd/rr	Czas rozpoczęcia	Czas zakończenia	Liczba godzin	Stawka godzinowa	Całkowita kwota wypłacona za dzień	Inicjały osoby świadczącej usługę

Całkowita liczba godzin (na tej stronie):

Całkowita kwota refundacji kosztów (na tej stronie)

WYMAGANE PODPISY I INFORMACJE DLA WNIOSKODAWCY ZNAJDUJĄ SIĘ NA NASTĘPNEJ STRONIE

**Agencje będą przeprowadzać wrywkowe, losowe kontrole wniosków o przyznanie opieki zastępczej;
Możliwy jest kontakt z osobami świadczącymi usługę opieki zastępczej w celu weryfikacji liczby godzin i wypłaconych kwot.**

W przypadku stwierdzenia, że wniosek o refundację kosztu produktów lub usług zawiera nieprawdziwe dane, należy powiadomić agencję, do której został złożony taki wniosek (jeżeli nie jest to podmiot, który wykrył fakt podania nieprawdziwych informacji). Agencja, która przyjęła taki wniosek, zbada go oraz przeanalizuje całą dokumentację dostarczoną wraz z wnioskiem. W przypadku potwierdzenia, że wniosek faktycznie zawiera nieprawdziwe informacje służące próbie wyłudzenia, osoba, której dotyczy wniosek/jej rodzina będzie musiała zwrócić agencji zrefundowaną kwotę (jeżeli nastąpiła już refundacja usługi/produktu) i zostanie zawieszona w prawach do otrzymywania przyszłych refundacji za produkty i usługi na czas określony przez agencję i OPWDD. Co więcej, odbiorca refundacji może podlegać czynnościom prawnym, zgodnie z ustaleniami agencji i OPWDD.

Rodziny mogą składać wnioski o refundację do RO lub agencji świadczącej usługi refundacji w ramach FSS w dowolnym czasie, w zależności od tego, który podmiot zarządza programem refundacji w danym regionie, posługując się formularzem dostarczone przez agencję świadczącą usługi refundacji rodzinnych lub otrzymanym od Konsultanta ds. Opieki lub Koordynatora ds. Opieki. Środki finansowe dostępne są tylko w czasie danego roku umownego. Przyznana ale niewykorzystana refundacja nie może zostać przeniesiona przez rodzinę będącą beneficjentem tej formy pomocy z jednego roku na następny. W przypadku osób samodzielnie zarządzających świadczoną im opieką, sprawdza się, czy program FSS uwzględniony jest w jej bieżącym budżecie. Włączenie środków do budżetu nie gwarantuje, że wniosek zostanie zatwierdzony. Wnioski o refundację muszą być zgodne z wytycznymi FSS. Wnioski mogą być składane przez osoby, których dotyczą wydatki, ich rodziny, opiekunów lub rzeczników ich interesów w każdej instytucji realizującej Program Zwrotów Rodzinnych. Wnioski złożone po upływie 90 dni od daty danego zakupu/wydarzenia związanego z wydatkiem będą rozpatrywane według uznania placówki objętej Programem Refundacji. Wnioski, które nie zostaną wypłacone w całości, zostaną zwrócone, a płatność zostanie opóźniona.

PRZECZYTAŁEM POWYŻSZE OŚWIADCZENIE I ZAŚWIADCZAM, ŻE INFORMACJE PODANE W TYM FORMULARZU SĄ PRAWDZIWE.

Podpis osoby świadczącej opiekę zastępczą:

Data wypełnienia:

Podpis rodzica/opiekuna:

Data wypełnienia:

9/2022 Formularz weryfikacji opieki zastępczej