

ĐƠN ĐĂNG KÝ NHẬN TIỀN HỖ TRỢ CHO GIA ĐÌNH OPWDD FSS

Đơn đăng ký phải điền đầy đủ thông tin để được xem xét

1. TÊN CỦA CÁ NHÂN NHẬN CÁC DỊCH VỤ:

1a NGÀY SINH:

1b. SỐ TABS:

1c. ĐỊA CHỈ (Đường phố/Thị trấn/Mã zip):

1d. QUẬN:

1e. SỐ NGƯỜI TRONG NHÀ:

2. TÊN CỦA PHỤ HUYNH / HỌ HÀNG / NGƯỜI GIÁM HỘ:

2a. EMAIL CỦA PHỤ HUYNH / NGƯỜI GIÁM HỘ:

2b. SỐ ĐIỆN THOẠI PHỤ HUYNH / NGƯỜI GIÁM HỘ:

3. TÊN CỦA NGƯỜI QUẢN LÝ CHĂM SÓC:

3a. ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI QUẢN LÝ CHĂM SÓC
(Đường/Thành phố/Zip):

3b. EMAIL CỦA NGƯỜI QUẢN LÝ CHĂM SÓC:

3c. SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI QUẢN LÝ CHĂM SÓC:

4. BÊN TRUNG GIAN TÀI CHÍNH (Nếu áp dụng- Tên/Cơ quan/Điện thoại/Email):

5. CHẨN ĐOÁN - VUI LÒNG CHỌN TẤT CẢ CÁC MỤC ÁP DỤNG CHO MỖI OPWDD

Khuyết tật trí tuệ

Chấn thương sọ não - TBI

Khác

Tự kỷ

Bại não

Động kinh (co giật)

Suy giảm thần kinh

6. (CÁC) MỤC HOẶC DỊCH VỤ ĐƯỢC YÊU CẦU HOÀN TIỀN - VUI LÒNG MÔ TẢ:

Xin lưu ý - trại chỉ có thể được hoàn tiền nếu trại có giấy phép của Sở Y tế Tiểu bang New York và/hoặc Sở Y tế Địa phương theo Tiểu phần 7 của Bộ luật Vệ sinh Tiểu bang New York (xem 10 NYCRR Tiểu phần 7).

TỔNG SỐ TIỀN YÊU CẦU TRONG ĐƠN NÀY:

*** MỤC/DỊCH VỤ NÀY CÓ PHẢI LÀ TÌNH HÌNH KHỦNG HOẢNG TRỰC TIẾP TỨC THỜI NHƯ ĐƯỢC XÁC ĐỊNH TRONG HƯỚNG DẪN KHÔNG? Vui lòng chọn một:**

CÓ KHÔNG

7. QUÝ VỊ ĐÃ THỬ NHẬN TIỀN TỪ NGUỒN TIỀN BẢO HIỂM Y TẾ CHÍNH, BAO GỒM TÀI KHOẢN CHI TIÊU LINH HOẠT HOẶC CÁC NGUỒN KHÁC NHƯ MEDICAID, MEDICARE, TỰ CHỈ ĐẠO, MIỄN TRỪ HCBS - SỬA ĐỔI MÔI TRƯỜNG HOẶC CÔNG NGHỆ HỖ TRỢ, V.V. CHƯA

CÓ KHÔNG **KẾT QUẢ**

7a. QUÝ VỊ ĐANG NHẬN ĐƯỢC NHỮNG DỊCH VỤ NÀO THÔNG QUA CÁC DỊCH VỤ MIỄN TRỪ DỰA TRÊN NHÀ VÀ CỘNG ĐỒNG (HCBS) VÀ/HOẶC CHƯƠNG TRÌNH TIỂU BANG OPWDD?

THAY THẾ TẠM THỜI HỖ TRỢ BAN NGÀY NGƯỜI CHĂM SÓC CÙNG Ở TRONG NHÀ DỊCH VỤ HỖ TRỢ TRƯỚC KHI ĐI LÀM

- HỖ TRỢ NƠI CƯ TRÚ VIỆC LÀM ĐƯỢC HỖ TRỢ DỊCH VỤ CHUYỂN TIẾP CỘNG ĐỒNG
- TRUNG GIAN TÀI CHÍNH HÀNG HÓA VÀ DỊCH VỤ CHỈ ĐẠO CÁ NHÂN MÔI GIỚI HỖ TRỢ
- CÔNG NGHỆ TRỢ NĂNG - THIẾT BỊ THÍCH NGHI HỖ TRỢ CỘNG ĐỒNG SỬA ĐỔI MÔI TRƯỜNG
- GIÁO DỤC & ĐÀO TẠO GIA ĐÌNH DỊCH VỤ HÀNH VI CHUYÊN SÂU LỘ TRÌNH TỚI VIỆC LÀM
- SỬA ĐỔI PHƯƠNG TIỆN DỊCH VỤ PHỐI HỢP CHĂM SÓC DỊCH VỤ KHỦNG HOẢNG DÀNH CHO CÁC CÁ NHÂN BỊ BỆNH TRÍ TUỆ/PHÁT TRIỂN
- PHÒNG KHÁM THUỘC ĐIỀU 16

7b. CÓ AI ĐANG Ở TẠI NHÀ QUÝ VỊ VÀ ĐANG NHẬN TIỀN THANH TOÁN ĐỂ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC CÁ NHÂN THÔNG QUA CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ CÁ NHÂN DO NGƯỜI TIÊU DÙNG CHỈ THỊ (CDPAP) HOẶC BẤT KỲ CƠ CHẾ TÀI TRỢ NÀO KHÁC KHÔNG?

CÓ KHÔNG

8. DANH SÁCH TẤT CẢ CÁC KHOẢN HOÀN TIỀN ĐÃ ÁP DỤNG CHO VÀ/HOẶC ĐÃ NHẬN ĐƯỢC TRONG NĂM HỢP ĐỒNG NÀY: (thêm trang nếu cần): Thông tin này **PHẢI** được báo cáo. Xin lưu ý rằng \$3,000 là tổng số tiền tối đa có thể được hoàn trả. Nếu quý vị có yêu cầu hoàn trả lớn vượt quá giới hạn nội bộ của cơ quan và quý vị đang gửi đến nhiều cơ quan để được hoàn trả một phần, quý vị phải ghi rõ điều này trong khoảng trống bên dưới.

CƠ QUAN	NGÀY	SỐ TIỀN	PHÊ DUYỆT	TỪ CHỐI	CHỜ XỬ LÝ

9. DANH SÁCH KIỂM TRA CÁC GIẤY TỜ CẦN THIẾT: (Vui lòng đính kèm đơn đăng ký này)

- Thông báo về Quyết định hoặc Tài liệu Đủ điều kiện OPWDD khác đã được DDRO phê duyệt (Nếu tài liệu hiện tại không có trong hồ sơ với cơ quan của nhà cung cấp.)
- Đơn đã ký, biên lai/hóa đơn (có thể chấp nhận bản sao và bản photocopy), các mẫu xác minh thay thế tạm thời. (Nếu biên lai đã được nộp cho cơ quan khác để được hoàn trả một phần, hãy liệt kê cơ quan nào có biên lai.)
- Giấy chứng minh lâm sàng / thư từ bác sĩ hoặc bác sĩ lâm sàng nếu yêu cầu là cho một hạng mục / dịch vụ lâm sàng
- Nếu đã đăng ký Tự chỉ đạo, phải có bản sao của báo cáo chi phí hoặc ngân sách tự chỉ đạo gần đây nhất xác minh rằng Khoản bồi hoàn cho Gia đình được hạch toán.
- Nếu đã đăng ký với CCO, phải có bản sao của kế hoạch cuộc sống gần đây nhất với khoản bồi hoàn cho gia đình FSS được ghi lại một cách hợp lý.

10. YÊU CẦU NÀY LIÊN QUAN TRỰC TIẾP NHƯ THẾ NÀO ĐẾN KHUYẾT TẬT CỦA CÁ NHÂN? Vui lòng thêm trang hoặc trả lời trong khu vực bên dưới. Hãy ghi cụ thể và cung cấp lý do thích hợp.

Trong trường hợp yêu cầu hoàn tiền hàng hóa hoặc dịch vụ bị phát hiện là gian lận, cơ quan mà đơn yêu cầu hoàn tiền đó đã được gửi sẽ được thông báo (nếu không phải là pháp nhân phát hiện) và sẽ điều tra yêu cầu được đề cập và tất cả các tài liệu được cung cấp cùng với yêu cầu hoàn tiền. Trong trường hợp khiếu nại gian lận được xác nhận, cá nhân/gia đình sẽ phải trả số tiền đã hoàn lại cho đại lý (nếu dịch vụ/hàng hóa đã được hoàn trả) và sẽ bị đình chỉ bất kỳ khoản hoàn trả nào trong tương lai cho hàng hóa và dịch vụ đối với khoảng thời gian do cơ quan và OPWDD xác định. Người nhận tiền hoàn trả cũng có thể phải chịu các thủ tục tố tụng pháp lý theo quyết định của cơ quan và OPWDD.

Các gia đình có thể gửi yêu cầu Hoàn tiền cho RO hoặc cơ quan cung cấp dịch vụ Hoàn tiền FSS bất kỳ lúc nào, tùy thuộc vào tổ chức nào quản lý chương trình hoàn tiền ở khu vực đó, bằng cách sử dụng biểu mẫu do cơ quan cung cấp Hoàn tiền cho Gia đình cung cấp hoặc lấy từ Người quản lý Chăm sóc hoặc Điều phối viên Chăm sóc của cá nhân. Tiền quỹ chỉ có sẵn trên cơ sở năm hợp đồng. Bất kỳ khoản hoàn tiền nào được cho phép nhưng chưa được sử dụng bởi gia đình tiếp nhận có thể sẽ không được chuyển từ năm này sang năm khác. Đối với các cá nhân tự chỉ đạo, xác minh được thực hiện để đảm bảo rằng chương trình FSS được bao gồm trong ngân sách hiện tại. Việc bao gồm kinh phí trong ngân sách không đảm bảo rằng yêu cầu sẽ được chấp thuận. Yêu cầu hoàn tiền phải phù hợp với các hướng dẫn của FSS. Các cá nhân, gia đình, người quản lý hồ sơ hoặc người ủng hộ có thể nộp đơn đăng ký cho bất kỳ nhà cung cấp nào trong Chương trình Hoàn tiền cho Gia đình. Mọi đơn đăng ký được gửi hơn 90 ngày sau khi mua/sự kiện sẽ được trao thưởng theo quyết định của nhà cung cấp Chương trình Hoàn tiền. Các đơn đăng ký không được điền đầy đủ thông tin sẽ bị trả lại và việc thanh toán sẽ bị trì hoãn.

***TÔI ĐÃ ĐỌC BÁO CÁO TRÊN VÀ HIỂU RẰNG NHỮNG THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN YÊU CẦU HOÀN TIỀN CỦA TÔI CÓ THỂ ĐƯỢC CHIA SẺ QUA LẠI VÀ/HOẶC NHẬN ĐƯỢC TỪ CÁC CƠ QUAN KHÁC TRONG KHU VỰC/QUẬN OPWDD:**

11. Tên viết in hoa của Phụ huynh/Người giám hộ đã ký tên:

11a. Ngày hoàn thành:

11b. Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ:

* PHẢI NỘP ĐƠN ĐÃ KÝ

12. Nếu được gửi bởi Điều phối viên Chăm sóc, Tên in hoa:

12a. Tên của Tổ chức Điều phối Chăm sóc (CCO):

13. Ngày gửi: