DEMANDE DE REMBOURSEMENT FAMILIAL DU FSS DE L'OPWDD

La demande doit être entièrement remplie pour être prise en considération

1. NOM DE LA PERSONNE RECEVANT LES SERVICES:

1a DATE DE NAISSANCE:	1b. NUMÉRO DE TABS.:
1c. ADRESSE (Rue/Ville/Code Postal):	
1d. COMTÉ:	1e. NOMBRE DE PERSONNES DANS LE FOYER:
2. NOM DU PARENT / DE LA PERSONNE APPARENTÉE / DU TUTEUR:	
2a. EMAIL DU PARENT / TUTEUR:	2b. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PARENT / TUTEUR:
3. NOM DU GESTIONNAIRE DE SOINS:	3a. ADRESSE DU GESTIONNAIRE DE SOINS (Rue/Ville/Code postal):
3b. EMAIL DU GESTIONNAIRE DE SOINS:	3c. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU GESTIONNAIRE DE SOINS:
4. INTERMÉDIAIRE FISCAL (le cas échéant - Nom/Agence/Téléphone/Email):	

5. DIAGNOSTIC - VEUILLEZ COCHER TOUTES LES CASES QUI S'APPLIQUENT SELON L'OPWDD

- ☐ Déficience Intellectuelle
- ☐ Lésion Cérébrale Traumatique - LCT
- ☐ Autre
- ☐ Autisme
- ☐ Infirmité Motrice Cérébrale
- ☐ Epilepsie (crises)
- ☐ Déficience Neurologique

6. QUEL EST L'ARTICLE (QUELS SONT LES ARTICLES) DONT LE REMBOURSEMENT EST DEMANDÉ - VEUILLEZ DÉCRIRE:

Veuillez noter que le coût du séjour dans un camp ne peut être remboursé que si le camp dispose d'un permis délivré par le département de la santé de l'État de New York et/ou le Département Local de la santé conformément à la sous-partie 7 du code sanitaire de l'État de New York (voir la sous-partie 7 du 10 NYCRR).

MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ DANS CETTE DEMANDE:

*****CET ARTICLE/CE SERVICE EST-IL UNE SITUATION DE CRISE IMMÉDIATE TELLE QUE DÉFINIE DANS LES LIGNES DIRECTRICES? Veuillez en cocher une:

OUI ☐ NON ☐

7. AVEZ-VOUS TENTÉ D'OBTENIR DU FINANCEMENT D'UNE ASSURANCE MÉDICALE PRIMAIRE, Y COMPRIS UN COMPTE DE DÉPENSES FLEXIBLES OU D'AUTRES SOURCES COMME MEDICAID, MEDICARE, L'AUTODIRECTION, L'EXEMPTION POUR LES SERVICES À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES (HCBS) – MODIFICATIONS ENVIRONNEMENTALES OU TECHNOLOGIE D'ASSISTANCE, ETC.

OUI ☐ NON ☐ **RÉSULTATS**

7a.LA PERSONNE EST-ELLE INSCRITE À MEDICAID ? OUI ☐ NON ☐

7b. QUELS SONT LES SERVICES QUE VOUS RECEVEZ DANS LE CADRE DE L'EXEMPTION POUR LES SERVICES À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES (HCBS) ET/OU DES SERVICES DU PLAN D'ÉTAT DE L'OPWDD ?

- ☐ RÉPIT
- HABILITATION DE JOUR
- AIDE FAMILIAL RÉSIDANT
- SERVICES PRÉPROFESSIONNELS
- ☐ HABILITATION RÉSIDENTIELLE
- EMPLOI ASSISTÉ
- SERVICES DE TRANSITION COMMUNAUTAIRE
- ☐ INTERMÉDIAIRE FISCAL
- BIENS ET SERVICES INDIVIDUALISÉS
- COURTAGE DE SUPPORT

☐ TECHNOLOGIE D'ASSISTANCE – DISPOSITIFS ADAPTATIFS

HABILITATION COMMUNAUTAIRE

MODIFICATIONS ENVIRONNEMENTALES

☐ ÉDUCATION ET FORMATION DES FAMILLES

SERVICES COMPORTEMENTAUX INTENSIFS

☐ VOIE VERS L'EMPLOI

☐ MODIFICATION DES VÉHICULES

SERVICES DE COORDINATION DE SOINS

SERVICES DE CRISE POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE DÉFICIENCES INTELLECTUELLES OU DE TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT

☐ CLINIQUE D l'ARTICLE 16

7c. EST-CE QUE QUELQU'UN QUI RÉSIDE CHEZ VOUS EST PAYÉ POUR OFFRIR DES SOINS À LA PERSONNE BÉNÉFICIANT DES SERVICES?

OUI ☐ NON ☐

8. ÉNUMÉRER TOUS LES REMBOURSEMENTS DEMANDÉS ET/OU REÇUS AU COURS DE CETTE ANNÉE DE CONTRAT : (ajouter une une page si nécessaire): Ces informations **DOIVENT** être communiquées. Veuillez noter que le montant total maximum pouvant être remboursé est de 3 000 $. Si vous avez une demande de remboursement considérable qui dépasse le plafond interne de l'agence et que vous soumettez une demande de remboursement partiel à plusieurs agences, vous devez l'indiquer dans les espaces ci-dessous.

AGENCE	DATE	MONTANT	APPROUVÉ		REFUSÉ		EN ATTENTE	

9. LISTE DE CONTRÔLE DES DOCUMENTS REQUIS: (Veuillez joindre à cette demande)

☐ **Demande signée, reçus/factures (les photocopies et les copies numériques sont acceptées), formulaires de vérification des services de répit. (Si le reçu a été soumis à un autre organisme pour un remboursement partiel, indiquez l'organisme qui détient le reçu).**

☐ **Justification clinique / lettre du médecin ou du clinicien si la demande concerne un élément / service clinique**

☐ **Si la personne au programme d'autodirection, une copie du rapport de dépenses ou du budget d'autodirection le plus récent, qui atteste que le remboursement de la famille est pris en compte.**

☐ **S'il est inscrit auprès d'un CCO, une copie du plan de vie le plus récent avec le remboursement de la famille par le FSS correctement documenté.**

10. EN QUOI CETTE DEMANDE EST-ELLE DIRECTEMENT LIÉE AU HANDICAP DE LA PERSONNE ? Veuillez ajouter une page ou répondre dans l'espace ci-dessous. Soyez précis et justifiez votre réponse si nécessaire.

Si l'on découvre qu'une demande de biens ou de services est frauduleuse, l'agence à laquelle la demande de remboursement a été soumise doit en être informée (s'il ne s'agit pas de l'entité qui a découvert la fraude) et elle enquêtera sur la demande en question et sur tous les documents fournis dans le cadre de la demande de remboursement. Si la demande frauduleuse, est confirmée, la personne ou la famille devra rembourser le montant remboursé à l'agence (si le service ou le bien a déjà été remboursé) et sera suspendue de tout remboursement futur de biens et de services pendant une période déterminée par l'agence et l'OPWDD. Le bénéficiaire du remboursement peut également faire l'objet de poursuites judiciaires déterminées par l'agence et l'OPWDD.

Les familles peuvent soumettre des demandes de remboursement au Bureau Régional (RO) ou à un organisme de remboursement du FSS à tout moment, en fonction de l'entité qui administre le programme de remboursement dans cette région, en utilisant le formulaire fourni par l'organisme de remboursement de la famille ou obtenu auprès du Gestionnaire ou du Coordinateur des Soins de l'individu. Les fonds ne sont disponibles que sur la base d'une année contractuelle. Les remboursements autorisés mais non utilisés ne peuvent pas être reportés d'une année sur l'autre par une famille bénéficiaire. Pour les personnes autodirigées,une vérification est effectuée pour s'assurer que le programme FSS est inclus dans le budget actuel. L'inclusion du financement dans le budget ne garantit pas que la demande sera approuvée. Les demandes de remboursement doivent être conformes aux lignes directrices du FSS. Les demandes peuvent être soumises à l'un des prestataires du programme de remboursement des familles par des individus, des familles, des gestionnaires de cas ou des avocats. Toute demande soumise plus de 90 jours après l'achat ou l'événement sera accordée à la discrétion du prestataire du programme de remboursement. Les demandes qui ne sont pas entièrement remplies seront renvoyées et le paiement sera retardé.

J'AI LU LA DÉCLARATION CI-DESSUS ET JE COMPRENDS QUE LES INFORMATIONS RELATIVES À MA DEMANDE DE REMBOURSEMENT PEUVENT ÊTRE PARTAGÉES AVEC ET/OU REÇUES D'AUTRES AGENCES AU SEIN DE LA RÉGION/DU DISTRICT DE L'OPWDD.

11. Nom du Parent/Tuteur signant le formulaire en caractères d'imprimerie:	11a. Date de Soumission:
11b. **Signature du Parent/Tuteur** _____ * LA DEMANDE SIGNÉE DOIT ÊTRE SOUMISE	
12. Si soumis par le Coordonnateur des Soins, indiquez son nom en caractères d'imprimerie:	12a. Nom de l'organisme de Coordination des Soins (OCC):
13. Date de Soumission	