

طلب الحصول على تعويض أسري من خدمات دعم الأسرة التي يقدمها مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو
يجب ملء الطلب كاملاً بغية النظر فيه

١. اسم الفرد الذي يتلقى الخدمات:		
١. أ. تاريخ الميلاد:	١. ب. رقم هوية نظام التتبع والفواتير:	
١. ج. العنوان (الشارع / البلدة / الرمز البريدي):		
١. د. المقاطعة:	١. هـ. عدد القاطنين في المنزل:	
٢. اسم ولي الأمر / القريب / الوصي:		
٢. أ. البريد الإلكتروني الخاص بولي الأمر / الوصي:	٢. ب. رقم هاتف ولي الأمر / الوصي:	
٣. اسم مدير الرعاية:	٣. أ. عنوان مدير الرعاية (الشارع / البلدة / الرمز البريدي):	
٣. ب. البريد الإلكتروني الخاص بمدير الرعاية:	٣. ج. رقم هاتف مدير الرعاية:	
٤. الوسيط المالي (إن وُجد - الاسم / الوكالة / رقم الهاتف / البريد الإلكتروني)		
٥. التشخيص - يرجى وضع إشارة على جميع الإجابات المنطبقة حسب مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو		
<input type="checkbox"/> إعاقة ذهنية	<input type="checkbox"/> إصابات الدماغ الرضحية	<input type="checkbox"/> أمراض أخرى
<input type="checkbox"/> توحد	<input type="checkbox"/> شلل دماغي	
<input type="checkbox"/> صرع (نوبات)	<input type="checkbox"/> ضعف عصبي	
٦. يرجى تحديد العنصر/العناصر أو الخدمة المطلوب تعويضه/ها - ووصفه/ها		
ملاحظة - لا يُمكن تعويض المخيم إلا إذا كان مرخصاً له من وزارة الصحة في ولاية نيويورك و/أو وزارة الصحة المحلية وفقاً للجزء الفرعي ٧ من قانون ولاية نيويورك الصحي (راجع الجزء الفرعي ٧ من قوانين نيويورك وقواعدها ولوائحها)		
إجمالي المبلغ المطلوب تعويضه في هذا الطلب:		
* هل يمثل هذا العنصر/الخدمة حالة أزمة فورية كما جرى التحديد في الإرشادات؟ يرجى التحديد:		
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> كلا	
٧. هل حاولت الحصول على تمويل من التأمين الطبي الأساسي، بما في ذلك حساب الإنفاق المرن أو مصادر أخرى مثل برنامج المساعدة الطبية أو الرعاية الطبية أو التوجيه الذاتي أو التنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية - التعديلات البيئية أو التقنيات المساعدة، إلخ؟		

نعم كلا النتائج

٧. أ. ما هي الخدمات التي تلقيتها سواء من خلال برنامج التنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية و/أو خدمات خطة الولاية الخاصة بمكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو؟

الراحة التأهيل النهاري مقدم الرعاية المقيم مع الأسرة الخدمات التحضيرية المهنية التأهيل المنزلي التوظيف المدعوم

خدمات الانتقال المجتمعية الوسيط المالي السلع والخدمات الموجهة للأفراد السمسة المدعومة التكنولوجيا المساعدة – الأجهزة التكيفية

التأهيل المجتمعي التعديلات البيئية التعليم والتدريب الأسري الخدمات السلوكية المكثفة المسار إلى التوظيف

التعديلات على المركبات خدمات تنسيق الرعاية خدمات الأزمات للأفراد الذين يعانون إعاقات ذهنية/إنمائية العيادة بموجب المادة ١٦

٧. ب. هل يتلقى أي شخص مقيم في منزلك المال مقابل توفير الرعاية للأفراد الذي يتلقون الخدمات من خلال برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAP) أو أي آلية تمويل أخرى؟

نعم كلا

٨. يرجى ذكر كافة التعويضات التي تقدمت بطلب الحصول عليها أو سبق وتلقيتها في السنة التعاقدية هذه (يمكنك إضافة صفحة إذا لزم الأمر): **يجب** الإبلاغ عن هذه المعلومات. يرجى الانتباه إلى أن الحد الأقصى للمبلغ الذي يجوز تسديده هو ٣٠٠٠ دولار أمريكي. إذا كان لديك طلب تعويض كبير يتجاوز الحد الأقصى الداخلي للوكالة وكنت قد تقدمت إلى وكالات متعددة للحصول على تعويض جزئي، فيجب الإشارة إلى ذلك في الخانات أدناه.

الوكالة	التاريخ	المبلغ	مقبول	مرفوض	قيد الانتظار

٩. قائمة مرجعية بالمستندات المطلوبة: (يرجى إرفاقها بهذا الطلب)

إشعار بالقرار أو مستند أهلية آخر خاص بمكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو الآخر معتمد من المكتب الإقليمي للإعاقات التنموية (إن لم تكن الوثائق الحالية موجودة في ملف لدى وكالة المزود).

طلب موقع، إيصال/فاتورة (تقبل النسخ المصورة والنسخ الرقمية)، واستمارات التحقق من الراحة. (إن قُدم الإيصال إلى وكالة أخرى بهدف الحصول على تعويض جزئي، يرجى ذكر الوكالة التي بحوزتها الإيصال).

مبرر سريري / رسالة من الطبيب إذا كان الطلب يتعلق بعنصر / خدمة سريرية

في حال التسجيل في برنامج التوجيه الذاتي، نسخة من أحدث تقرير لتكاليف البرنامج المذكور أو الميزانية التي تتحقق من احتساب تعويض العائلة

في حال التسجيل في منظمة تنسيق خدمات الرعاية، نسخة من أحدث خطة حياة يوثق فيها تعويض خدمات دعم الأسرة بحسب الأصول

١٠. كيف يرتبط هذا الطلب مباشرة بإعاقه الفرد؟ يرجى إضافة صفحة أو الإجابة في المساحة المخصصة أدناه. ويرجى تقديم إجابة محددة وتبريراً بحسب الاقتضاء.

في حال تم اكتشاف أن المطالبة بالسلع أو الخدمات هي احتيالية، فيجب إخطار الوكالة التي يُقدّم إليها طلب الحصول على تعويض (إن لم تكن هي الجهة المُكتشفة)، فتتحقق بدورها في الطلب المعني وجميع الوثائق المقدمة مع الطلب. وفي حال التأكيد على أن المطالبة احتيالية، يُطلب من الفرد/العائلة دفع المبلغ المسترد إلى الوكالة (إذا كان قد جرى التعويض عن الخدمة/السلعة) وتُعلّق مطالبته/ها بأي تعويض للسلع والخدمات في المستقبل لفترة زمنية تحددها الوكالة ومكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو. وعلاوة على ذلك، يجوز إخضاع متلقي التعويض لإجراءات قانونية على النحو الذي تحدده الوكالة ومكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو.

يجوز للعائلات تقديم طلبات الحصول على التعويض إلى المكتب الإقليمي أو وكالة تقديم تعويضات لخدمات دعم الأسرة في أي وقت، اعتماداً على الكيان الذي يدير برنامج تقديم التعويضات في تلك المنطقة، باستخدام الاستمارة التي تقدمها وكالة تقديم تعويض الأسرة أو التي جرى الحصول عليها من مدير الرعاية أو منسق الرعاية للفرد. كذلك، ليست الأموال متاحة إلا على أساس السنة التعاقدية. ولا يجوز للعائلة التي تحصل على تعويض أن تمتد من سنة إلى أخرى أي مدفوعات مصرح بها وغير مستخدمة. أما بالنسبة إلى الأفراد الموجهين ذاتياً، فيجري التحقق للتأكد من أن برنامج خدمات دعم الأسرة مدرج في الميزانية الحالية. ولكن إدراج التمويل في الميزانية لا يضمن الموافقة على الطلب، بل يجب أن تتوافق طلبات الحصول على التعويض مع إرشادات خدمات دعم الأسرة. ويمكن أن يقدم الأفراد أو العائلات أو مديرو الحالات أو المحامون الطلبات إلى أي مقدّم من مقدمي برنامج تعويض الأسرة. كل ما يقدم بعد أكثر من ٩٠ يوماً من الشراء/الحدوث يُمنح تعويضاً وفقاً لتقدير مزود برنامج التعويض. كذلك، تُرجع الطلبات غير المُستكملة ويُؤخر الدفع.

*لقد قرأت البيان أعلاه وأدرك أن المعلومات المرتبطة بالطلب الذي أتقدم به يمكن مشاركتها و/أو الحصول عليها من وكالات أخرى في منطقة مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو:

١١. أ. تاريخ استكمال الطلب

١١. طباعة اسم ولي الأمر / الوصي الذي سيوقع النموذج:

١١. ب. توقيع ولي الأمر / الوصي

* يجب تقديم الطلب موقعاً

١٢. يرجى طباعة الاسم في حال تقديم الطلب على يد منسق الرعاية

١٢. أ. اسم منظمة تنسيق خدمات الرعاية

١٣. تاريخ التقديم

٢٠٢٢/٠٦