

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FAMILIAL OPWDD FSS

***La demande doit être remplie complètement pour être prise en compte.**

1. LE NOM DE LA PERSONNE QUI REÇOIT LES SERVICES :

1a. DATE DE NAISSANCE :

1b. TABS NO.:

1c. ADRESSE (Code postal, ville, rue) :

1d. COMTÉ :

1e. LE NOMBRE DE PERSONNES DANS LA MAISON :

2. NOM DU PARENT/PROCHE/TUTEUR :

2a. EMAIL DU PARENT / TUTEUR :

2b. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PARENT/TUTEUR :

3. LE NOM DU GESTIONNAIRE DE SOINS :

3a. CARE MANAGER'S ADDRESS (Street/City/Zip):

3b. L'EMAIL DU GESTIONNAIRE DE SOINS :

3c. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU GESTIONNAIRE DES SOINS
:

4. INTERMÉDIAIRE FISCAL (si applicable - nom/agence/téléphone/e-mail) :

5. DIAGNOSTIQUE - VEUILLEZ COCHER TOUTES LES CASES QUI S'APPLIQUENT PAR OPWDD

- Déficience intellectuelle Lésion cérébrale traumatique – TBI. Autre
- Autisme Paralyse cérébrale
- Épilepsie (crises d'épilepsie) Déficience neurologique

6. QUEL EST L'ARTICLE OU LE SERVICE DONT LE REMBOURSEMENT EST DEMANDÉ - VEUILLEZ LE DÉCRIRE :

Veillez noter que le camp ne peut être remboursé que s'il 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 10 NYCRR sous-partie 7).

MONTANT TOTAL DEMANDÉ SUR CETTE APPLICATION :

* SITUATION DE CRISE IMMÉDIATE TELLE QU'IDENTIFIÉE DANS LES DIRECTIVES ? Veillez cocher une case:

OUI NON

7. HAVE YOU TRIED FOR FUNDING FROM PRIMARY MEDICAL INSURANCE, INCLUDING FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT OR OTHER SOURCES SUCH AS MEDICAID, MEDICARE, SELF DIRECTION, HCBS WAIVER – ENVIRONMENTAL MODIFICATIONS OR ASSISTIVE TECHNOLOGY, ETC.

YES NO RESULTS

7a. QUELS SERVICES RECEVEZ-VOUS PAR LE BIAIS DE LA RENONCIATION AUX SERVICES À DOMICILE ET EN COMMUNAUTÉ (HCBS) ET/OU DES SERVICES DU PLAN D'ÉTAT OPWDD ?

RÉPIT HABILITATION DE JOUR AIDES FAMILIALES RÉSIDENTES SERVICES PRÉ-PROFESSIONNELS

HABILITATION RÉSIDENNELLE EMPLOI SOUTENU SERVICES DE TRANSITION COMMUNAUTAIRE

INTERMÉDIAIRE FISCAL BIENS ET SERVICES ORIENTÉS VERS L'INDIVIDU COURTAGE EN SOUTIEN.

TECHNOLOGIE D'ASSISTANCE - APPAREILS ADAPTÉS HABILITATION COMMUNAUTAIRE MODIFICATIONS ENVIRONNEMENTALES

ÉDUCATION ET FORMATION DE LA FAMILLE SERVICES COMPORTEMENTAUX INTENSIFS PARCOURS VERS L'EMPLOI

MODIFICATIONS DE VÉHICULES SERVICES DE COORDINATION DES SOINS SERVICES DE CRISE POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT DES DÉFICIENCES INTELLECTUELLES/DE DÉVELOPPEMENT.

ARTICLE 16 CLINIQUE

7b. QUELQU'UN RÉSIDANT DANS VOTRE MAISON REÇOIT-IL UN PAIEMENT POUR FOURNIR DES SOINS À LA PERSONNE RECEVANT DES SERVICES PAR LE BIAIS DU PROGRAMME D'ASSISTANCE PERSONNELLE DIRIGÉ PAR LE CONSOMMATEUR (CDPAP) OU DE TOUT AUTRE MÉCANISME DE FINANCEMENT ?

OUI NON

8. ÉNUMÉRER TOUTES LES RÉMUNÉRATIONS DEMANDÉES ET/OU REÇUES CETTE ANNÉE DE CONTRAT : (ajouter une page si nécessaire) : Cette information **DOIT** être déclarée. Veuillez noter que 3 000 \$ est le montant total maximum qui peut être remboursé. Si vous avez une demande de remboursement importante qui dépasse le plafond interne d'une agence et que vous soumettez à plusieurs agences pour un remboursement partiel, 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)

Avis de décision ou autre document d'admissibilité de l'OPWDD approuvé par le DDRO (si les documents actuels ne sont pas dans le dossier de l'agence prestataire)

Demande signée, reçus/factures (les photocopies et les copies numériques sont acceptables), formulaires de vérification des services de relève. (Si le reçu a été soumis à une autre agence pour un remboursement partiel, indiquez quelle agence possède le reçu).

Justification clinique / lettre du médecin ou du clinicien si la demande concerne un article ou un service clinique.

Si la personne est inscrite à un programme d'autogestion, une copie du dernier rapport de dépenses ou budget d'autogestion qui vérifie que le remboursement de la famille est pris en compte.

Si vous êtes inscrit auprès d'un CCO, une copie du plan de vie le plus récent avec le remboursement de la famille FSS correctement documenté.

10. COMMENT CETTE DEMANDE EST-ELLE DIRECTEMENT LIÉE AU HANDICAP DE LA PERSONNE ? Veuillez ajouter une page ou répondre dans la zone ci-dessous. Soyez précis et fournissez une justification appropriée.

Si l'on découvre qu'une demande de remboursement de biens ou de services est frauduleuse, l'agence à laquelle la demande de remboursement a été soumise doit en être informée (si ce n'est pas l'entité qui l'a découverte) et elle examinera la demande en question et tous les documents fournis avec la demande de remboursement. Si la demande frauduleuse est confirmée, la personne/famille devra rembourser le montant remboursé à l'agence (si le service/bien a déjà été remboursé) et sera suspendue de tout remboursement futur de biens et services pour une période déterminée par l'agence et OPWDD. Le bénéficiaire du remboursement peut également faire l'objet d'actions en justice, selon ce qui est déterminé par l'agence et l'OPWDD.

Les familles peuvent soumettre des demandes de remboursement au RO ou à une agence prestataire de remboursement FSS à tout moment, selon l'entité qui administre le programme de remboursement dans cette région, en utilisant le formulaire fourni par l'agence prestataire de remboursement des familles ou obtenu auprès du gestionnaire de soins ou du coordinateur de soins de la personne. Les fonds ne sont disponibles que sur la base d'une année contractuelle. Les remboursements autorisés, mais non utilisés, ne peuvent pas être reportés par une famille bénéficiaire d'une année sur l'autre. Pour les personnes autogérées, une vérification est effectuée pour s'assurer que le programme FSS est inclus dans le budget actuel. L'inclusion d'un financement dans le budget ne garantit pas que la demande sera approuvée. Les demandes de remboursement doivent être conformes aux directives 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 défenseurs. Toute demande soumise plus de 90 jours après l'achat/la réalisation sera accordée à la discrétion du fournisseur du programme de remboursement. Les demandes qui ne sont pas entièrement remplies seront retournées 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 MUTUELLEMENT PARTAGÉES AVEC ET/OU REÇUES D'AUTRES AGENCES DE LA RÉGION/DISTRICT DE L'OPWDD :**

11. Nom en caractères d'imprimerie du parent/tuteur qui signe le formulaire:	11a. Date d'achèvement :
11b. Signature du parent/tuteur : _____	
* LA DEMANDE SIGNÉE DOIT ÊTRE SOUMISE	
12. Si soumis par le coordonnateur des soins, nom en caractères d'imprimerie:	12a. Nom de l'organisme de coordination des soins (OCS):
13. Date de soumission:	