

OPWDD FSS – WNIOSEK O REFUNDACJĘ RODZINĄ

Aby wniosek został rozpatrzony, należy wypełnić wszystkie pola formularza

1. NAZWISKO OSOBY OTRZYMUJĄCEJ USŁUGI:

1a DATA URODZENIA:

1b. NR TABS:

1c. ADRES (ulica/miasto/kod pocztowy):

1d. HRABSTWO:

1e. LICZBA OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

2. IMIĘ I NAZWISKO RODZICA / KREWNEGO / OPIEKUNA:

2a. E-MAIL RODZICA / OPIEKUNA:

2b. NR TELEFONU RODZICA / OPIEKUNA:

3. IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA DS. OPIEKI:

3a. ADRES KOORDYNATORA DS. OPIEKI:
(ulica/miasto/kod pocztowy):

3b. ADRES E-MAIL KOORDYNATORA DS. OPIEKI:

3c. NR TELEFONU KOORDYNATORA DS. OPIEKI:

4. POŚREDNIK FINANSOWY (jeśli dotyczy – imię i nazwisko/agencja/nr telefonu/adres e-mail):

5. DIAGNOZA – NALEŻY ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ELEMENTY ISTOTNE DLA ŚWIADCZEŃ OPWDD

- Niepełnosprawność intelektualna Traumatyczne uszkodzenie mózgu (TBI) Inne
- Autyzm Porażenie mózgowie
- Epilepsja (napady) Upośledzenie neurologiczne

6. JAKIEGO PRODUKTU LUB USŁUGI DOTYCZY WNIOSKOWANA REFUNDACJA (KONIECZNY OPIS)?

Uwaga – refundacja kosztów pobytu na obozie jest możliwa tylko wtedy, gdy dany obóz posiada zezwolenie Departamentu Zdrowia Stanu Nowy Jork i/lub Lokalnego Departamentu Zdrowia zgodnie z Podrozdziałem 7 Kodeksu Sanitarnego Stanu Nowy Jork (patrz 10 NYCRR Podrozdział 7).

CAŁKOWITA WNIOSKOWANA KWOTA REFUNDACJI

* CZY WYDATEK – PRODUKT/USŁUGA – BEZPOŚREDNIO WYNIKAŁ Z SYTUACJI KRYZYSOWEJ W ROZUMIENIU PRZEDSTAWIONYCH WYTYCZNYCH? Należy zaznaczyć jedną odpowiedź:

TAK NIE

7. CZY UBIEGALI SIĘ PAŃSTWO O ŚRODKI Z PODSTAWOWEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNEGO, W TYM Z ELASTYCZNEGO KONTA WYDATKÓW, LUB INNYCH ŹRÓDEŁ, TAKICH JAK MEDICAID, MEDICARE, SELF DIRECTION, HCBS WAIVER – MODYFIKACJE ŚRODOWISKOWE LUB TECHNOLOGIE WSPOMAGAJĄCE ITP?

TAK NIE **Z JAKIM EFEKTEM?**

7a. Z JAKICH USŁUG KORZYSTAJĄ PAŃSTWO W RAMACH PROGRAMU OPIEKI DOMOWEJ I SPOŁECZNOŚCIOWEJ (HOME AND COMMUNITY BASED SERVICES – HCBS WAIVER) I/LUB PLANU STANOWEGO OPWDD (STATE PLAN SERVICES)?

OPIEKA ZASTĘPCZA HABILITACJA DZIENNA OPIEKUN ZAKWATEROWANY USŁUGI PREORIENTACJI ZAWODOWEJ

HABILITACJA W DOMU ZATRUDNIENIE WSPOMAGANE SPOŁECZNOŚCIOWE USŁUGI PRZEJŚCIOWE

POŚREDNIK FINANSOWY TOWARY I USŁUGI NABYWANE W RAMACH INDYWIDUALNEJ DYSPOZYCJI POŚREDNICTWO W ZAKRESIE WSPARCIA

TECHNOLOGIE WSPOMAGAJĄCE – URZĄDZENIA ADAPTACYJNE HABILITACJA W OTOCZENIU SPOŁECZNYM MODYFIKACJE ŚRODOWISKOWE

EDUKACJA I SZKOLENIA RODZINNE INTENSYWNE USŁUGI BEHAWIORALNE ŚCIEŻKA DO ZATRUDNIENIA

MODYFIKACJE POJAZDÓW USŁUGI KOORDYNACJI OPIEKI USŁUGI KRYZYSOWE DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ/ROZWOJOWĄ

PLACÓWKA AMBULATORYJNA WG. ART. 16

7b. CZY KTÓRAKOLWIEK Z OSÓB MIESZKAJĄCYCH W PAŃSTWA DOMU OTRZYMUJE WYNAGRODZENIE ZA OPIEKĘ NAD OSOBĄ OTRZYMUJĄCĄ USŁUGI W RAMACH PROGRAMU POMOCY OSOBISTEJ ZARZĄDZANEJ PRZEZ ODBIORCĘ (CDPAP) LUB INNEGO MECHANIZMU FINANSOWANIA?

TAK NIE

8. PROSIMY WYMIENIĆ WSZYSTKIE REFUNDACJE, O KTÓRE PAŃSTWO WNIOSKOWALI I/LUB OTRZYMALI W OBECNYM ROKU UMOWNYM: (w razie potrzeby należy dodać stronę): Te informacje **MUSZA** zostać zgłoszone. Informujemy, że 3 tys. USD to maksymalna łączna kwota refundacji. Jeżeli wnioskują Państwo o zwrot poniesionych kosztów wysokiej kwocie, przekraczającej wewnętrzny limit danej agencji i składają Państwo wnioski do wielu instytucji w celu uzyskania częściowej refundacji, należy to zaznaczyć w poniższej tabeli.

AGENCJA	DATA	KWOTA	PRYZNANO	ODRZUCONO	W TOKU

9. LISTA WYMAGANYCH DOKUMENTÓW: (Prosimy dołączyć do niniejszego wniosku)

Zawiadomienie o decyzji lub inny dokument wystawiony przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi (OPWDD) dotyczący spełnienia kryteriów kwalifikacyjnych zatwierdzony przez Regionalne Biuro ds. Niepełnosprawności Rozwojowej (DDRO) – jeśli aktualna dokumentacja nie znajduje się w aktach agencji świadczącej usługi.

Podpisany wniosek, rachunki/faktury (dopuszczalne są kserokopie i kopie cyfrowe), formularze weryfikacji opieki zastępczej. (Jeżeli rachunek został przedłożony innej agencji w celu uzyskania częściowego zwrotu kosztów, proszę wymienić, która agencja jest w posiadaniu tego rachunku)

Uzasadnienie kliniczne / pismo od lekarza, jeżeli wniosek dotyczy produktu medycznego/usługi leczniczej

W przypadku uczestnictwa w programie samostanowienia (Self-Direction), kopia ostatniego raportu wydatków lub budżetu potwierdzającego, że Refundacja Rodzinna została uwzględniona.

W przypadku korzystania z usług Organizacji ds. Koordynacji Opieki (CCO), kopia ostatniego „planu na życie” z odpowiednio udokumentowanym zwrotem kosztów dla rodziny w ramach Usług Wsparcia dla Rodzin (Family Support Services – FSS).

10. W JAKI SPOSÓB WNIOSK TEN JEST BEZPOŚREDNIO ZWIĄZANY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY? Prosimy załączyć dodatkową stronę lub wpisać odpowiedź w poniższym polu. Prosimy o konkretne informacje i – w razie potrzeby – uzasadnienie.

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 dostarczonym 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 wypełnione w całości, zostaną zwrócone, a płatność zostanie opóźniona.

***PRZECZYTAŁEM/PRZECZYTAŁAM POWYŻSZE OŚWIADCZENIE I ROZUMIEM, ŻE INFORMACJE ZWIĄZANE Z MOIM WNIOSKIEM O REFUNDACJĘ MOGĄ BYĆ UDOSTĘPNIANE MIĘDZY AGENCJAMI DZIAŁAJĄCYMI W REGIONIE/OKRĘGU OPWDD:**

11. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna podpisującego formularz (dużymi literami):

11a. Data wypełnienia:

11b. Podpis rodzica/opiekuna:

* NALEŻY ZŁOŻYĆ PODPISANY WNIOSK

12. Jeśli wniosek składany jest przez Koordynatora ds. Opieki – imię i nazwisko Koordynatora (dużymi literami):	12a. Nazwa Organizacji ds. Koordynacji Opieki (CCO):
13. Data złożenia wniosku:	

09/2022