

**OPWDD (UFFICIO PER LE PERSONE CON DISABILITÀ DI SVILUPPO) FSS (PREVIDENZA PER LA FAMIGLIA SOCIALE) DOMANDA  
DI RIMBORSO FAMILIARE**

**\* La domanda deve essere compilata integralmente per essere presa in considerazione \***

1. NOME DELL'INDIVIDUO CHE RICEVE SERVIZI:

1a DATA DI NASCITA:

1b. TABS NO. (NUMERO DI TABULAZIONE):

1c. INDIRIZZO (Via/Città/CAP):

1d. CONTEA:

1e. NUMERO DI PERSONE IN CASA:

2. NOME DEL GENITORE / PARENTE / TUTORE:

2a. EMAIL GENITORE / TUTORE :

2b. NUMERO DI TELEFONO GENITORE / TUTORE:

3. NOME DEL RESPONSABILE DELLA CURA:

3a. INDIRIZZO DEL RESPONSABILE DELLA CURA (Via/Città/CAP):

3b. EMAIL DEL RESPONSABILE DELLA CURA :

3c. NUMERO DI TELEFONO DEL RESPONSABILE DELLA CURA:

4. INTERMEDIARIO FISCALE (se applicabile- Nome/Agenzia/Telefono/E-mail):

5. DIAGNOSI – SI PREGA DI CONTROLLARE TUTTO QUELLO CHE SI APPLICA PER OPWDD

- Disabilità intellettuale       Lesione cerebrale traumatica – TBI       Altro  
 Autismo       Paralisi cerebrale  
 Epilessia (attacchi)       Menomazione neurologica

6. QUAL È L'ARTICOLO(I) O IL SERVIZIO RICHIESTO PER IL RIMBORSO – SI PREGA DI DESCRIVERE:

*Nota: il campo può essere rimborsato solo se il campo dispone di un permesso del Dipartimento della salute dello Stato di New York e/o del Dipartimento della salute locale ai sensi del capitolo 7 del codice sanitario dello Stato di New York (vedere 10 NYCRR capitolo 7).*

**IMPORTO TOTALE RICHIESTO SU QUESTA APPLICAZIONE:**

\* QUESTO ARTICOLO/SERVIZIO È UNA SITUAZIONE DI CRISI IMMEDIATA COME IDENTIFICATA NELLE LINEE GUIDA? Si prega di controllare uno :

Sì  NO

7. HAI PROVATO FINANZIAMENTO DA UN'ASSICURAZIONE MEDICA PRIMARIA, COMPRESO CONTO DI SPESA FLESSIBILE O ALTRE FONTI COME MEDICAID, MEDICARE, AUTO DIREZIONE, RINUNCIA HCBS - MODIFICHE AMBIENTALI O TECNOLOGIA ASSISTIVA, ECC.

Sì  NO  **RISULTATI**

7a. QUALI SERVIZI RICEVUTE ATTRAVERSO LA RINUNCIA A CASA E COMUNITÀ (HCBS) E/O I SERVIZI DEL PIANO STATALE OPWDD?

- RIPOSO     ABILITAZIONE GIORNALIERA     ASSISTENTE CONVOCATO     SERVIZI PREVOCAZIONALI
- ABILITAZIONE RESIDENZIALE     OCCUPAZIONE SUPPORTATA     SERVIZI DI TRANSIZIONE COMUNITARIA
- INTERMEDIARIO FISCALE     DIREZIONE INDIVIDUALE DI BENI E SERVIZI     INTERMEDIAZIONE DI SOSTEGNO
- TECNOLOGIA ASSISTIVA – DISPOSITIVI ADATTIVI     ABILITAZIONE COMUNITARIA     MODIFICHE AMBIENTALI
- ISTRUZIONE E FORMAZIONE FAMILIARI     SERVIZI COMPORTAMENTALI INTENSIVI     PERCORSO VERSO IL LAVORO
- MODIFICHE VEICOLO     SERVIZI DI COORDINAMENTO ASSISTENZA     SERVIZI DI CRISI PER INDIVIDUI CON DISABILITA' INTELLETTUALI/SVILUPPALI
- ARTICOLO 16 CLINICA

7b. QUALCUNO RESIDENTE NELLA TUA CASA RICEVE UN PAGAMENTO PER FORNIRE ASSISTENZA AI SINGOLI SERVIZI DI RICEVIMENTO ATTRAVERSO IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA PERSONALE DIRETTO DAL CONSUMATORE (CDPAP) O QUALSIASI ALTRO MECCANISMO DI FINANZIAMENTO?

Sì  NO

8. ELENCA TUTTI I RIMBORSI RICHIESTI E/O RICEVUTI IN QUESTO ANNO DI CONTRATTO: (aggiungere una pagina se necessario): Queste informazioni **DEVONO** essere riportate. Si prega di notare che \$ 3.000 è l'importo totale massimo che può essere rimborsato. Se hai una richiesta di rimborso di grandi dimensioni che supera un cap interno dell'agenzia e stai presentando a più agenzie un rimborso parziale, devi indicarlo negli spazi sottostanti.

AGENZIA	DATA	IMPORTO	APPROVATO	NEGATO	PENDENTE

9. ELENCO DI CONTROLLO DEI DOCUMENTI RICHIESTI: (Si prega di allegare a questa domanda)

- Avviso di decisione o altro documento di idoneità OPWDD (Ufficio delle persone con disabilità dello sviluppo) approvato da DDRO (Vice Direttore delle Operazioni Regionali) (se la documentazione corrente non è in archivio presso l'agenzia del fornitore.)
- Domanda firmata, ricevute/fattura (sono accettate fotocopie e copie digitali), moduli di verifica della tregua. (Se la ricevuta è stata inviata a un'altra agenzia per il rimborso parziale, elencare quale agenzia ha la ricevuta.)
- Giustificazione clinica/lettera del medico o del clinico se la richiesta riguarda un articolo/servizio clinico
- Se iscritti all'Autodirezione, copia dell'ultima nota spese o del budget dell'autodirezione che verifica la contabilizzazione del Rimborso Familiare.
- Se iscritto a un CCO (Organizzazione dell'organizzazione della cura), copia del piano di vita più recente con rimborso familiare FSS (Previdenza sociale per la famiglia) (adeguatamente documentato).

10. IN CHE MODO QUESTA RICHIESTA SI COLLEGA DIRETTAMENTE ALLA DISABILITÀ DELL'INDIVIDUO? Aggiungi una pagina o rispondi nell'area sottostante. Sii specifico e fornisci la giustificazione appropriata.

*Nel caso in cui un reclamo per beni o servizi venga scoperto essere fraudolento, l'agenzia a cui è stata presentata la domanda di rimborso deve essere notificata (se non l'ente scopritore) e indagherà sulla richiesta in questione e su tutta la documentazione fornita con il rimborso richiesta. Nel caso in cui la pretesa fraudolenta sia confermata, il soggetto/familiare sarà tenuto a restituire all'agenzia l'importo rimborsato (se il servizio/bene è già stato rimborsato) e sarà sospeso da ogni futuro rimborso di beni e servizi per un periodo di tempo determinato dall'agenzia e dall'OPWDD. Il destinatario del rimborso può anche essere soggetto ad azioni legali secondo quanto stabilito dall'agenzia e dall'OPWDD.*

*Le famiglie possono presentare richieste di rimborso all'RO o a un'agenzia che fornisce i rimborsi FSS in qualsiasi momento, a seconda dell'entità che gestisce il programma di rimborso in quella regione, utilizzando il modulo fornito dall'agenzia che fornisce i rimborsi familiari o ottenuto dal responsabile dell'assistenza o dall'assistenza della persona Coordinatore. I fondi sono disponibili solo per anno di contratto. Eventuali rimborsi autorizzati, ma non utilizzati, non possono essere trasferiti da una famiglia ricevente da un anno all'altro. Per le persone che si autodirigono, viene effettuata una verifica per garantire che il programma FSS sia incluso nel budget corrente. L'inclusione del finanziamento nel budget non garantisce l'approvazione della richiesta. Le richieste di rimborso devono essere coerenti con le linee guida FSS. Le domande possono essere presentate a qualsiasi fornitore del programma di rimborso familiare da individui, famiglie, case manager o avvocati. Tutto ciò che viene inviato più di 90 giorni dopo l'acquisto/l'evento verrà assegnato a discrezione del fornitore del programma di rimborso. Le domande non completamente compilate verranno restituite e il pagamento verrà ritardato.*

**\*HO LETTO LA DICHIARAZIONE DI CUI SOPRA E COMPRESO CHE LE INFORMAZIONI RELATIVE ALLA MIA RICHIESTA DI RIMBORSO POSSONO ESSERE CONDIVISE RECIPROCAMENTE E/O RICEVUTE DA ALTRE AGENZIE ALL'INTERNO DELLA REGIONE/DISTRETTO OPWDD:**

11. Stampa Nome del modulo di firma del genitore/tutore:

11a. Data completata:

11b. Firma del genitore / tutore:

\* LA DOMANDA FIRMATA DEVE ESSERE PRESENTATA

12. Se presentata dal coordinatore della cura stampare il nome:

12a. Nome dell'Organizzazione di Coordinamento delle Cure (CCO):

13. Data di presentazione:

09/2022