

OPWDD FSS 家庭报销申请表

申请表必须完整填写才会予以考虑

1. 接受服务个人姓名:

1a 出生日期:

1b. TABS 编号:

1c. 地址 (街/镇/邮编):

1d. 郡:

1e. 在家人数:

2. 家长/亲属/监护人姓名:

2a. 家长/监护人电子邮件:

2b. 家长/监护人电话号码:

3. 护理经理姓名:

3a. 护理经理地址 (街/镇/邮编):

3b. 护理经理电子邮件:

3c. 护理经理电话号码:

4. 财务中介 (如适用 - 姓名/代理机构/电话/电子邮件):

5. 诊断 - 请勾选按照 OPWDD 的所有适用项

- 智力障碍 脑损伤 - TBI 其他
- 孤独症 大脑性麻痹
- 癫痫 (发作) 神经功能障碍

6. 申请报销的物品或服务是什么 - 请描述:

请注意 - 只有当营地根据纽约州《卫生法》第 7 子编获得纽约州卫生部和/或当地卫生部的许可时, 营地才能报销 (见 10 NYCRR 第 7 子编)

本申请表申请的总金额:

*此项目/服务是否属于指南中确定的直接危机情况? 请勾选一项:

是 否

7. 您是否尝试过从初级医疗保险中获得资金, 包括灵活支出账户或其他来源, 如 Medicaid、Medicare、自我主导、HCBS 豁免 - 环境改造或辅助技术等。

是 否 结果

7a. 您通过家庭和社区 (HCBS) 豁免和/或 OPWDD 州规划服务获得了哪些服务?

- 临时托管 日间康复 住家护理人员 职前服务
- 寄宿复健 受支持就业 社区过渡服务
- 财务中介 个人主导商品和服务 支持经纪
- 辅助技术 - 自适应设备 社区复健 环境改造

家庭教育与培训 强化行为服务 通往就业之路

车辆改造 护理协调服务 为智力/发育障碍人士提供危机服务

第 16 条 诊所

7b. 居住在您家中的任何人是否通过消费者主导的个人援助计划（CDPAP）或任何其他资助机制接收付款，以便为接受服务的个人提供护理？

是 否

8. 列出本合同年度申请和/或收到的所有报销：（如果需要，请添加页面）：此信息**必须**进行报告。请注意，\$3,000 是可以报销的最高总金额。如果您有超过部门内部上限的大额报销申请，并且您向多个部门提交部分报销，则必须在下面的空白处注明。

部门 日期 批准金额 被拒绝 待定

9. 所需文件清单：（请附于本申请表后）

决定或 DDRO 批准的其他 OPWDD 资格文件的通知（如果当前文件未在提供服务部门存档。）

签名的申请表、收据/发票（可接受复印件和数字副本）、临时托管核实表。（如果收据已提交给其他部门进行部分报销，请列出收据由哪个机构持有。

临床理由/医师或临床医师的信函（如果申请针对临床项目/服务）

如果注册了自我主导，则提供最新的自我主导费用报告或预算的副本，其核对了家庭报销已计入。

如果注册了 CCO，请正确记录最新生活规划的副本，并正确记录 FSS 家庭报销。

10. 此申请与个人的残障有何直接关系？请添加页面或在以下区域回复。回复要具体，并酌情提供理由。

如果发现对于商品或服务的主张存在欺诈，则将通知向其提交该报销申请表的部门（如并非由该实体发现），并将调查有关申请以及随报销申请提供的所有文件。如确认为欺诈性主张，个人/家庭将被要求向该部门退回报销的款项（如服务/商品已经报销），并将在该部门和 OPWDD 确定的期间内暂停任何未来的商品和服务报销。该部门和 OPWDD 也可能决定对报销的接受者采取法律行动。

家庭可随时向 RO 或 FSS 报销提供部门提交报销申请，具体取决于该地区管理报销计划的实体，使用家庭报销提供部门提供的表格，或者从个人的护理经理或护理协调员处取得的表格。资金仅可按合同年度进行提供。任何授权但未使用的报销不得由接收家庭从一个年度结转到下一年度。对于自我主导的个人，将进行核查以确保 FSS 计划包括在当前预算中。将资金列入预算并不能保证申请获得批准。报销申请必须符合 FSS 指南。申请书可以由个人、家庭、个案经理或代理人向任何家庭报销计划提供方提交。在购买/发生后超过 90 天提交的任何事项都将由报销计划提供方酌情权授予。未填写完整的申请书将被退回，付款将被延迟。

***本人已阅读上述声明，并理解与本人的报销申请相关的信息可能共享予和/或接收自 OPWDD 地区/区域的其他机构：**

11. 签署表格的家长/监护人姓名：

11a. 填写日期：

11b. 家长/监护人签字：

*必须提交已签字的申请书

12. 如由护理协调员提交，姓名：

12a. 护理协调组织（CCO）名称：

13. 提交日期：

2022 年 6 月