

## SOLICITUD DE REEMBOLSO FAMILIAR DE LA OPWDD FSS

**\*Se debe completar la solicitud por completo para que sea considerada\***

1. NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE SERVICIOS:

1a. FECHA DE NACIMIENTO:

1b. N.º DE FICHAS:

1c. DIRECCIÓN (calle/localidad/código postal):

1d. CONDADO:

1e. CANTIDAD DE PERSONAS EN LA CASA:

2. NOMBRE DEL PADRE O MADRE/FAMILIAR/TUTOR:

2a. CORREO ELECTRÓNICO DE PADRE O MADRE/TUTOR:

2b. TELÉFONO DEL PADRE O MADRE/TUTOR:

3. NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE ATENCIÓN:

3a. DIRECCIÓN DEL ADMINISTRADOR DE ATENCIÓN  
(calle/ciudad/código postal):

3b. CORREO ELECTRÓNICO DEL ADMINISTRADOR DE  
ATENCIÓN:

3c. TELÉFONO DEL ADMINISTRADOR DE ATENCIÓN

4. INTERMEDIARIO FISCAL (Si aplica: nombre/agencia/teléfono/correo electrónico):

5. DIAGNÓSTICO: MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA POR LA OPWDD

Discapacidad Intelectual

Lesión Cerebral Traumática (TBI)

Otro

Autismo

Parálisis cerebral

Epilepsia (convulsiones)

Deterioro neurológico

6. ¿CUÁL ES EL(LOS) ARTÍCULO(S) O SERVICIO SOLICITADO PARA EL REEMBOLSO? ESPECIFIQUE:

*Tenga en cuenta que el campamento solo se puede reembolsar si este tiene un permiso del Departamento de Salud del Estado de Nueva York o del Departamento de Salud Local de conformidad con la Subparte 7 del Código Sanitario del estado de Nueva York (consulte 10 NYCRR Subparte 7).*

### **CANTIDAD TOTAL PEDIDA EN ESTA SOLICITUD:**

\* ¿ESTE ARTÍCULO/SERVICIO ES UNA SITUACIÓN DE CRISIS INMEDIATA COMO SE IDENTIFICA EN LAS DIRECTRICES?

Marque una opción:

SÍ  NO

7. ¿INTENTÓ FINANCIAMIENTO DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO, INCLUYENDO UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES U OTRAS FUENTES COMO MEDICAID, MEDICARE, AUTODIRECCIÓN, EXENCIÓN DE HCBS: MODIFICACIONES AMBIENTALES O TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA, ETC.?

SÍ  NO  **RESULTADOS**

7a. ¿QUÉ SERVICIOS RECIBE A TRAVÉS DE LA EXENCIÓN BASADA EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (HCBS) O LOS SERVICIOS DEL PLAN ESTATAL DE LA OPWDD?

RELEVO  HABILITACIÓN DIURNA  CUIDADOR  SERVICIOS PREVOCACIONALES

- HABILITACIÓN RESIDENCIAL    EMPLEO CON APOYO    SERVICIOS COMUNITARIOS DE TRANSICIÓN
- INTERMEDIARIO FISCAL    BIENES Y SERVICIOS DIRIGIDO A PERSONAS    CORRETAJE DE APOYO
- TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA: DISPOSITIVOS ADAPTATIVOS    HABILITACIÓN COMUNITARIA    MODIFICACIONES AMBIENTALES
- EDUCACIÓN Y FORMACIÓN FAMILIAR    SERVICIOS INTENSIVOS DE COMPORTAMIENTO    CAMINO AL EMPLEO
- MODIFICACIONES DEL VEHÍCULO    SERVICIOS DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN    SERVICIOS DE CRISIS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES/DE DESARROLLO
- ARTÍCULO 16 CLÍNICA

7b. ¿ALGUIEN QUE RESIDE EN SU CASA RECIBE PAGOS PARA ATENDER A LA PERSONA QUE RECIBE SERVICIOS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PERSONAL DIRIGIDA AL CONSUMIDOR (CDPAP) O CUALQUIER OTRO MECANISMO DE FINANCIAMIENTO?

SÍ  NO

8. MENCIONE TODOS LOS REEMBOLSOS SOLICITADOS O RECIBIDOS ESTE AÑO DE CONTRATO: (agregue una hoja si es necesario): esta información se **DEBE** reportar. Tenga en cuenta que \$3,000 es la cantidad total máxima que se puede reembolsar. Si tiene una solicitud de reembolso grande que excede el límite interno de una agencia y la está enviando a varias agencias para un reembolso parcial, debe indicarlo en los espacios de abajo.

AGENCIA	FECHA	CANTIDAD	APPROVADO	RECHAZADO	PENDIENTE

9. LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS NECESARIOS: (adjunte a esta solicitud)

- Aviso de decisión u otro documento de elegibilidad de la OPWDD aprobado por DDRO (si la documentación actual no está archivada en la agencia proveedora).
- Solicitud firmada, recibos/facturas (se aceptan fotocopias y copias digitales), formularios de verificación de relevo. (Si el recibo se envió a otra agencia para un reembolso parcial, indique qué agencia tiene el recibo).
- Justificación clínica/carta del médico o clínico si la solicitud es para un artículo/servicio clínico.
- Si está inscrito en autodirección, una copia del informe de gastos o presupuesto de autodirección más reciente que verifique que se contabilice el reembolso familiar.
- Si está inscrito en una CCO, una copia del plan de vida más reciente con el reembolso familiar de FSS debidamente documentado.

10. ¿CÓMO SE RELACIONA DIRECTAMENTE ESTA SOLICITUD CON LA DISCAPACIDAD DE LA PERSONA? Agregue una hoja o responda en el área abajo. Sea específico y justifique según corresponda.

En caso de que se descubra que un reclamo por bienes o servicios es fraudulento, se notificará a la agencia a la que se presentó la solicitud de reembolso (si no es la entidad descubridora) y se investigará la solicitud en cuestión y toda la documentación que se envió con la solicitud de reembolso. En caso de que se confirme el reclamo fraudulento, la persona/familia deberá devolver la cantidad reembolsada a la agencia (si el servicio/bien ya fue reembolsado) y quedará suspendido de cualquier reembolso futuro por bienes y servicios por un período de tiempo determinado por la agencia y la OPWDD. El destinatario del reembolso también puede estar sujeto a acciones legales según lo determinen la agencia y la OPWDD.

Las familias pueden presentar solicitudes de reembolso a la RO o a una agencia proveedora de reembolsos de FSS en cualquier momento, según la entidad que administre el programa de reembolso en esa región, usando el formulario provisto por la agencia proveedora de reembolsos familiares u obtenido del administrador de atención o coordinador de atención de la persona. Los fondos están disponibles solo por año de contrato. No se puede transferir ningún reembolso autorizado, pero no usado, por una familia receptora de un año al siguiente. Para las personas autodirigidas, se hace una verificación para garantizar que el programa FSS esté incluido en el presupuesto actual. La inclusión de fondos en el presupuesto no garantiza que la solicitud sea aprobada. Las solicitudes de reembolso deben ser consistentes con las pautas de FSS. Las solicitudes se pueden enviar a cualquiera de los proveedores del Programa de Reembolso Familiar por personas, familias, administradores de casos o defensores. Todo lo que se envíe más de 90 días después de la compra/ocurrencia se otorgará según el criterio del proveedor del programa de reembolso. Las solicitudes que no están completas en su totalidad se devolverán y el pago se demorará.

**\*LEÍ LA DECLARACIÓN DE ARRIBA Y ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SOLICITUD DE REEMBOLSO PUEDE SER COMPARTIDA MUTUAMENTE O RECIBIDA DE OTRAS AGENCIAS DENTRO DE LA REGIÓN/DISTRITO DE LA OPWDD:**

11. Nombre en letra imprenta del padre o madre/tutor que firma el formulario:

11a. Fecha en que se completó:

11b. Firma del padre o madre/tutor:

\* SE DEBE PRESENTAR UNA SOLICITUD FIRMADA

12. Si lo envía el coordinador de atención, escriba el nombre en letra de imprenta:

12a. Nombre de la organización de coordinación de atención (CCO):

13. Fecha de envío: