



Office for People With Developmental Disabilities

OPWDD 가정 및 커뮤니티 기반 서비스 (HOME AND COMMUNITY BASED SERVICES, HCBS) 면제 참여 신청서

신청자 이름: _____

현 주소: _____

사회 보장 번호: _____ 생년월일: _____

Medicaid 번호: _____ 카운티: _____

현재 Medicaid 에 가입되어 있지 않은 경우 여기에 체크하십시오.

나는 뉴욕 주 발달 장애인 사무소(New York State Office for People With Developmental Disabilities)가 운영하는 가정 및 커뮤니티 기반 서비스 면제에 대한 참여를 요청합니다. 나는 해당 참여가 중간 케어 시설보다 가정 및 커뮤니티 기반 서비스를 선호하는 나의 선호에 기반하여 승인되며, 다음과 같은 증거 자료가 요구됨을 이해합니다.

- 발달 장애,
- 중간 케어 시설 입원 자격,
- Medicaid 가입 자격,
- 케어 관리 제공자 선택,
- 알맞은 커뮤니티 기반 서비스 이용 가능성, 그리고
- 알맞은 주거 상황.

HCBS 면제 서비스 신청 의사를 표시한 날짜: _____

신청자 서명: _____

신청자 이름(정자체로 기입 바람): _____

도우미(서명): _____

도우미(정자체로 이름 기입 바람): _____

도우미 주소: _____

전화번호: _____ 날짜: _____