



Office for People With Developmental Disabilities

參加 OPWDD 家庭和社區服務 (HCBS) 豁免申請書

申請人姓名: _____

當前住址: _____

社會保障號: _____ 出生日期: _____

Medicaid 醫療補助編號: _____ 縣: _____

如果目前還未註冊 Medicaid 醫療補助計劃，請[點擊此處](#)。

本人請求參加由紐約州發育障礙人士辦公室 (New York State Office for People With Developmental Disabilities) 管理的家庭和社區服務豁免。本人理解相關批准將基於我優先選擇的家庭和社區服務，而非中級照護機構的照護，並且基於以下證據：

- 發育障礙；
- 進入中級照護機構的資格；
- 註冊 Medicaid 醫療補助計劃的資格；
- 選擇一個照護管理提供者；
- 提供適當的社區服務；
- 以及
- 適當的生活安排。

聲明有意向申請 HCBS 豁免服務的日期: _____

申請人簽字: _____

申請人姓名 (工整填寫): _____

協助者 (簽字): _____

協助者 (工整填寫): _____

協助者地址: _____

電話: _____ 日期: _____