

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. 家庭中人数:

2. 家长/亲属/监护人姓名:

2a. 家长/监护人电子邮箱:

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. 护理经理电子邮箱:

3c. 护理经理电话号码:

4. 财务中介 (如适用-姓名/机构/电话/电子邮箱):

5. 诊断-请按照OPWDD勾选所有适用项

智力障碍

创伤性脑损伤-TBI

其他

自闭症

脑瘫

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. 该个人是否参加了Medicaid?

是 否

7b. 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?

暂息 日间适应训练 住家看护人 职前服务

居住适应训练 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- 自适应装置 社区适应训练 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

7c. 是否有居住在您家中的任何人收到付款，以向接受服务的个人提供护理？

是 否

8. 列出本合同年度申请的和/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，并且您在向多个部门提交部分报销，则您必须在下面的空白处注明。

部门	日期	金额	批准	拒绝	待定

9. 所需文件清单：（请附于本申请表后）

- 签名的申请表、收据/发票（可接受复印件和数字副本）、暂息核实表。（如果收据已提交给其他部门进行部分报销，请列出收据由哪个部门持有。）
 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，其核实了家庭报销已计入。
 如注册了**CCO**，正确记录**FSS**家庭报销的最新生活计划的副本。

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，则将通知接收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，需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：

05/2023