

## WNIOSEK O REFUNDACJĘ RODZINNĄ OPWDD FSSN

**\*Aby wniosek został rozpatrzony, należy wypełnić wszystkie pola formularza\***

1. IMIĘ I NAZWISKO OSOBY OTRZYMUJĄCEJ USŁUGI:

1a. DATA URODZENIA:

1b. NR TABS:

1c. ADRES (ulica/miasto/kod pocztowy):

1d. HRABSTWO:

1e. LICZBA OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

2. IMIĘ I NAZWISKO RODZICA / KREWNEGO / OPIEKUNA:

2a. ADRES E-MAIL RODZICA / OPIEKUNA:

2b. NR TELEFONU RODZICA / OPIEKUNA:

3. IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA DS. OPIEKI:

3a. ADRES KOORDYNATORA DS. OPIEKI (ul./miasto/kod):

3b. ADRES E-MAIL KOORDYNATORA DS. OPIEKI:

3c. NR TELEFONU KOORDYNATORA DS. OPIEKI:

4. POŚREDNIK FINANSOWY (jeśli dotyczy – imię i nazwisko/agencja/nr telefonu/adres e-mail):

5. DIAGNOZA – NALEŻY ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ISTOTNE DLA ŚWIADCZEŃ OPWDD

- Niepełnospr. intelektualna     Urazowe uszkodzenie mózgu     Inne
- Autyzm     Porażenie mózgowie
- Epilepsja (napady)     Upośledzenie neurologiczne

6. JAKIEGO PRODUKTU LUB USŁUGI DOTYCZY WNIOSKOWANY ZWROT (KONIECZNY OPIS)?

*Uwaga – refundacja kosztów pobytu na obozie jest możliwa tylko wtedy, gdy dany obóz posiada zezwolenie Departamentu Zdrowia Stanu Nowy Jork i/lub Lokalnego Departamentu Zdrowia zgodnie z Podrozdziałem 7 Kodeksu Sanitarnego Stanu Nowy Jork (patrz 10 NYCRR Podrozdział 7).*

### **CAŁKOWITA WNIOSKOWANA KWOTA REFUNDACJI:**

\* CZY WYDATEK – PRODUKT/USŁUGA – BEZPOŚREDNIO WYNIKAŁ/A Z SYTUACJI KRYZYSOWEJ W ROZUMIENIU PRZEDSTAWIONYCH WYTYCZNYCH? Zaznaczyc 1 pole:

TAK  NIE

7. CZY UBIEGALI SIĘ PAŃSTWO O ŚRODKI Z PODSTAWOWEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNEGO, W TYM Z ELASTYCZNEGO KONTA WYDATKÓW, LUB INNYCH ŹRÓDEŁ, TAKICH JAK MEDICAID, MEDICARE, SELF DIRECTION, HCBS WAIVER – MODYFIKACJE ŚRODOWISKOWE LUB TECHNOLOGIE WSPOMAGAJĄCE ITP.

TAK  NIE  **WYNIK**

7a. CZY WW. OSOBA KORZYSTA Z MEDICAID? TAK  NIE

7b. Z JAKICH USŁUG KORZYSTAJĄ PAŃSTWO W RAMACH PROGRAMU OPIEKI DOMOWEJ I SPOŁECZNOŚCIOWEJ - HCBS WAIVER I/LUB PLANU STANOWEGO OPWDD (STATE PLAN SERVICES)?

- OP. ZAST.     REHAB. DZIENNA     OPIEKUN-WSPÓŁM.     PREORIENTACJA ZAWODOWA
- REHABILITACJA W DMO     ZATRUDNIENIE WSPOMAG.     SPOŁECZN. USŁUGI PRZEJŚCIOWE
- POŚREDNIK FINANS.     TOWARY/USŁ. W RAMACH INDYW. DYSPOZYCJI     USŁUGI BROKERA WSPARCIA

- TECH. WPOMAGAJĄCE, URZĄDZ ADAPTACYJNE    REHAB. ŚRODOWISKOWA    MODYF. ŚRODOWISKOWE  
 EDUKACJA I SZKOL. RODZINNE    INTENSYWNE USŁ. BEHAWIORALNE    ŚCIEŻKA DO ZATRUDNIENIA  
 MODYFIKACJE POJAZDÓW    USŁUGI KOORDYNACJI OPIEKI    USŁUGI KRYZYSOWE DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ/ROZWOJOWĄ  
 PLACÓWKA AMBULATORYJNA WG. ART 16

7c. CZY JAKAKOLWIEK OSOBA MIESZKAJĄCA W PAŃSTWA DOMU OTRZYMUJE WYNAGRODZENIE ZA OPIEKĘ NAD OSOBĄ OTRZYMUJĄCĄ USŁUGI?

TAK  NIE

8. PROSIMY WYMIENIĆ WSZYSTKIE REFUNDACJE, O KTÓRE PAŃSTWO WNIOSKOWALI I/LUB OTRZYMALI W OBECNYM ROKU UMOWNYM: (w razie potrzeby dodać stronę): Te informacje MUSZĄ zostać zgłoszone. Maks. łączna kwota refundacji wynosi 3 tys. USD. Jeżeli wnioskują Państwo o zwrot poniesionych kosztów w kwocie przekraczającej wewn. limit danej agencji i wnioskują do wielu instytucji w celu uzyskania częściowej refundacji, należy to zaznaczyć w tabeli:

AGENCJA	DATA	KWOTA	PRZYZNANA	ODRZUCONA	OCZEKUJE

**9. LISTA WYMAGANYCH DOKUMENTÓW: (Prosimy dołączyć do niniejszego wniosku)**

- Podpisany wniosek, rachunki/faktury (dopuszczalne są kserokopie i kopie cyfrowe), formularze weryfikacji opieki zastępczej.  
 (Jeżeli rachunek został przedłożony innej agencji w celu uzyskania częściowego zwrotu kosztów, wymienić, która agencja jest w posiadaniu tego rachunku.)  
 Uzasadnienie kliniczne / pismo wystawione przez lekarza, jeżeli wniosek dotyczy produktu medycznego/usługi leczniczej  
 W przypadku uczestnictwa w programie samostanowienia (Self-Direction), kopia ostatniego raportu wydatków lub budżetu potwierdzającego, że Refundacja Rodzinna została uwzględniona.  
 W przypadku korzystania z usług Organizacji ds. Koordynacji Opieki (CCO), kopia ostatniego „planu na życie” z odpowiednio udokumentowanym zwrotem kosztów dla rodziny w ramach Usług Wsparcia dla Rodzin (Family Support Services – FSS).

**10. W JAKI SPOSÓB WNIOSEK JEST BEZPOŚREDNIO ZWIĄZANY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY?**  
 Prosimy dodać stronę lub wpisać odpowiedź w poniższym polu. Prosimy o konkretne informacje i ew. uzasadnienie.

W przypadku stwierdzenia, że wniosek o refundację kosztu produktów lub usług zawiera nieprawdziwe dane, należy powiadomić agencję, do której został złożony taki wniosek (jeżeli nie jest to podmiot, który wykrył fakt podania nieprawdziwych informacji). Agencja, która przyjęła taki wniosek, zbada go oraz przeanalizuje całą dokumentację dostarczoną wraz z wnioskiem. W przypadku potwierdzenia, że wniosek faktycznie zawiera nieprawdziwe informacje służące próbie wyłudzenia, osoba, której dotyczy wniosek/jej rodzina będzie musiała zwrócić agencji zrefundowaną kwotę (jeżeli nastąpiła już refundacja usługi/produktu) i zostanie zawieszona w prawach do otrzymywania przyszłych refundacji za produkty i usługi na czas określony przez agencję i OPWDD. Co więcej, odbiorca refundacji może podlegać czynnościom prawnym, zgodnie z ustaleniami agencji i OPWDD.

Rodziny mogą składać wnioski o refundację do RO lub agencji świadczącej usługi refundacji w ramach FSS w dowolnym czasie, w zależności od tego, który podmiot zarządza programem refundacji w danym regionie, posługując się formularzem dostarczonym przez agencję świadczącą usługi refundacji rodzinnych lub otrzymanym od Konsultanta ds. Opieki lub Koordynatora ds. Opieki. Środki finansowe dostępne są tylko w czasie danego roku umownego. Przyznana ale niewykorzystana refundacja nie może zostać przeniesiona przez rodzinę będącą beneficjentem tej formy pomocy z jednego roku na następny. W przypadku osób samodzielnie zarządzających świadczoną im opieką, sprawdza się, czy program FSS uwzględniony jest w jej bieżącym budżecie. Włączenie środków do budżetu nie gwarantuje, że wniosek zostanie zatwierdzony. Wnioski o refundację muszą być zgodne z wytycznymi FSS. Wnioski mogą być składane przez osoby, których dotyczą wydatki, ich rodziny, opiekunów lub rzeczników ich interesów w każdej instytucji realizującej Program Zwrotów Rodzinnych. Wnioski złożone po upływie 90 dni od daty danego zakupu/wydarzenia związanego z wydatkiem będą rozpatrywane według uznania placówki objętej Programem Refundacji. Wnioski, które nie zostaną wypełnione w całości, zostaną zwrócone, a płatność zostanie opóźniona.

**\*\*ZAPOZNAŁEM/ZAPOZNAŁAM SIĘ Z POWYŻSZYM OŚWIADCZENIEM I ROZUMIEM, ŻE INFORMACJE ZWIĄZANE Z MOIM WNIOSKIEM O REFUNDACJĘ MOGĄ BYĆ UDOSTĘPNIANE MIĘDZY AGENCJAMI DZIAŁAJĄCYMI W REGIONIE/ OKRĘGU OPWDD:**

11. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (drukowanymi literami):

11a. Data wypełnienia wniosku:

11b. Podpis rodzica/opiekuna:

\* NALEŻY ZŁOŻYĆ PODPISANY WNIOSZEK

12. Jeśli wniosek składa Koordynator ds. Opieki, imię i nazwisko:

12a. Nazwa Organizacji ds. Koordynacji Opieki:

13. Data złożenia wniosku:

05/2023