

SOLICITUD DE REEMBOLSO FAMILIAR DE FSS DE LA OPWDD
La solicitud se debe completar en su totalidad para que se considere

1. NOMBRE DEL INDIVIDUO QUE RECIBE LOS SERVICIOS:

1a. FECHA DE NACIMIENTO:

1b. NO. DE TABS:

1c. DOMICILIO (calle/ciudad/código postal):

1d. CONDADO:

1e. NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR:

2. NOMBRE DE PADRE / FAMILIAR / TUTOR:

2a. EMAIL DE PADRE / TUTOR:

2b. NRO. DE TELÉFONO DEL PADRE/TUTOR:

3. NOMBRE DEL GESTOR DE ATENCIÓN:

3a. DOMICILIO DEL GESTOR DE ATENCIÓN (calle/ciudad/código postal):

3b. EMAIL DEL GESTOR DE ATENCIÓN:

3c. NRO. DE TELÉFONO DEL GESTOR DE ATENCIÓN:

4. INTERMEDIARIO FISCAL (Si corresponde- Nombre/agencia/teléfono/email):

5. DIAGNÓSTICO – POR FAVOR, MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN SEGÚN LA OPWDD

- Discapacidad intelectual Traumatismo cerebral – TBI Otro
- Autismo Parálisis cerebral
- Epilepsia (convulsiones) Deterioro neurológico

6. ¿CUÁLES SON LOS OBJETOS O SERVICIOS DE LOS CUALES SOLICITA EL REEMBOLSO? – POR FAVOR, DESCRIBA:

Por favor, tenga en cuenta que el campamento sólo se puede reembolsar si el campamento tiene un permiso del Departamento de Salud del estado de Nueva York y/o del Departamento de Salud local, conforme a la subparte 7 del Código Sanitario del estado de Nueva York (consulte la subparte 7 del título 10 de los NYCRR).

MONTO TOTAL SOLICITADO EN ESTA SOLICITUD

*¿ES ESTE OBJETO/SERVICIO UNA SITUACIÓN INMEDIATA DE CRISIS TAL COMO SE IDENTIFICA EN LAS PAUTAS?

Por favor, marque una: Sí NO

7. ¿INTENTÓ RECIBIR EL FINANCIAMIENTO POR PARTE DE SU SEGURO MÉDICO PRINCIPAL, INCLUYENDO LA CUENTA FLEXIBLE DE GASTOS U OTRAS FUENTES COMO MEDICAID, MEDICARE, AUTODIRECCIÓN, EXENCIÓN HCBS - MODIFICACIONES DEL ENTORNO O TECNOLOGÍA ASISTENCIAL, ETC.?

Sí NO **RESULTADOS**

7a. ¿EL INDIVIDUO ESTÁ INSCRITO EN MEDICAID? Sí NO

7b. ¿QUÉ SERVICIOS ESTÁ RECIBIENDO, YA SEA A TRAVÉS DE LA EXENCIÓN BASADA EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (HCBS) Y/O LOS SERVICIOS DE PLANES ESTATALES DE LA OPWDD?

- RELEVO HABILITACIÓN DIURNA TUTOR RESIDENTE SERVICIOS PREVOCACIONALES
- HABILITACIÓN RESIDENCIAL EMPLEO ASISTIDO SERVICIOS DE TRANSICIÓN COMUNITARIA
- INTERMEDIARIO FISCAL PRODUCTOS Y SERVICIOS DIRIGIDOS POR EL INDIVIDUO CORRETAJE DE APOYO

TECNOLOGÍA ASISTENCIAL - DISPOSITIVOS ADAPTATIVOS HABILITACIÓN COMUNITARIA

MODIFICACIONES DEL ENTORNO EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA FAMILIARES

SERVICIOS CONDUCTUALES INTENSIVOS CAMINO AL EMPLEO MODIFICACIONES VEHICULARES

SERVICIOS DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN SERVICIOS DE CRISIS PARA INDIVIDUOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL/DE DESARROLLO

CLÍNICA DEL ARTÍCULO 16

7c. ¿ALGUIEN QUE RESIDA EN SU HOGAR RECIBE UN PAGO POR PROPORCIONAR CUIDADOS AL INDIVIDUO QUE RECIBE SERVICIOS?

SÍ NO

8. INDIQUE TODOS LOS REEMBOLSOS SOLICITADOS Y/O RECIBIDOS ESTE AÑO CALENDARIO: (añada una página si es necesario): es **OBLIGATORIO** proporcionar esta información. Por favor, tenga en cuenta que el monto total máximo que puede reembolsarse es de \$3,000. Si usted tiene una solicitud considerable de reembolso que supera el monto máximo interno de la agencia y solicita reembolsos parciales a múltiples agencias, debe indicarlo en los espacios que están debajo.

AGENCIA	FECHA	MONTO	APROBADO	DENEGADO	PENDIENTE

9. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS (Por favor, adjúntelos a esta solicitud)

- Solicitud firmada, recibos/facturas (se aceptan fotocopias y copias digitales), formularios de verificación de relevo. (Si el recibo se envió a otra agencia para obtener un reembolso parcial, indique qué agencia tiene el recibo).
- Justificación clínica / carta del médico o clínico, si la solicitud es para un objeto/servicio clínico.
- Si está inscrito en la Autodirección, una copia del último informe de gastos o presupuesto de autodirección que verifique que se registra el Reembolso Familiar.
- Si está inscrito en una CCO, una copia del último plan de vida con el reembolso familiar de FSS debidamente documentado.

10. ¿CÓMO SE RELACIONA ESTA SOLICITUD DIRECTAMENTE CON LA DISCAPACIDAD DEL INDIVIDUO? Por favor, añada una página o responda en el espacio que está debajo. Sea específico y proporcione una justificación cuando corresponda.

En caso de que se descubra que una reclamación de productos y servicios es fraudulenta, se debe notificar a la agencia a la cual se entregó esa solicitud de reembolso (si no es la entidad que descubrió el fraude), y esta investigará la solicitud en cuestión y toda la documentación proporcionada con la solicitud de reembolso. En caso de que se confirme la reclamación fraudulenta, se requerirá a la persona/familia que devuelva el monto reembolsado a la agencia (si el servicio/producto ya se ha reembolsado) y quedará suspendida de cualquier futuro reembolso de productos y servicios por el período de tiempo que determinen la agencia y la OPWDD. El beneficiario 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 OR o a una agencia proveedora de reembolsos de FSS en todo momento, dependiendo de cuál entidad administre el programa de reembolsos en esa región, usando el formulario proporcionado por la agencia proveedora de Reembolso Familiar o que hayan obtenido a través del Gestor de Atención o Coordinador de Atención del individuo. Los fondos están disponibles solo por contrato de un año. Todo reembolso autorizado, pero no utilizado, no será acumulable para las familias beneficiarias de un año a otro. En el caso de los individuos autodirigidos, se realiza una verificación para asegurarse de que el programa de FSS esté incluido en el presupuesto actual. La inclusión del financiamiento en el presupuesto no garantiza que se apruebe la solicitud. Las solicitudes de reembolso deben ser acordes a las pautas de FSS. Las solicitudes se pueden entregar a cualquier proveedor del Programa de Reembolso Familiar por los individuos, familias, gestores de casos o defensores. Todo lo que se entregue a partir de los 90 días posteriores a la adquisición/suceso se adjudicará según el criterio del proveedor del Programa de Reembolsos. Las solicitudes que no se llenen por completo se devolverán, y el pago se retrasará.

***HE LEÍDO LAS INDICACIONES ANTERIORES Y ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SOLICITUD DE REEMBOLSO SE PUEDE INTERCAMBIAR MUTUAMENTE ENTRE Y/O OBTENERSE DE OTRAS AGENCIAS DE LA REGIÓN/DISTRITO DE LA OPWDD.**

11. Escriba en letra de imprenta el nombre del padre/tutor que firma la solicitud:	11a. Fecha en que se completó:
--	--------------------------------

11b. Firma del padre/tutor:

* SE DEBE PRESENTAR LA SOLICITUD FIRMADA

12. Si la presenta un Coordinador de Atención, escriba el nombre en letra de imprenta:	12a. Nombre de la Organización de Coordinación de Atención (CCO):
--	---

13. Fecha de entrega:	
-----------------------	--