

Fèy Travay Elijiblite Egzansyon HCBS iBudget Florida

Non _____ # Sekirite Sosyal *: _____

Rejyon: _____ Dat Efektif Plan Sipò: _____

I. Kalifikasyon nan Nivo Swen:

Moun nan se yon kliyan APD ki gen yon andikap Devlopman ki reponn a youn nan kritè ki annaprè yo e li kalifye pou resevwa sèvis yo bay nan yon ICF/DD. Verifye kritè ki satisfè yo.

Opsyon A. Andikap prensipal moun nan se andikap Entèlekyèl avèk yon kosyan entelijans (IQ) nan 59 oswa mwens.

Opsyon B. Andikap prensipal moun nan se andikap Entèlekyèl avèk yon kosyan entelijans (IQ) nan 60 a 70 enkliziv e moun nan gen omwen youn nan kondisyon andikap OSWA andikap prensipal moun nan se Andikap Entèlekyèl avèk yon kosyan entelijans (IQ) nan 60 a 70 enkliziv e moun nan gen limitasyon fonsyonèl nan omwen twa gwo aktivite lavi a. Tanpri tcheke tout kondisyon andikap yo ak gwo aktivite lavi ki aplike.

Opsyon C. Moun nan kalifye anba kategori otis, paralizi serebral, Sendwòm Down, Sendwòm Prader-Willi, Spina Bifida, oswa Sendwòm Phelan-McDermid e moun nan gen limitasyon fonksyonèl grav nan omwen twa nan gwo aktivite lavi yo. Tanpri tcheke tout kondisyon andikap yo ak gwo aktivite lavi ki aplike.

Kondisyon Andikap

Defisi Anbilatwa
 Defisi Sansoryèl
 Pwoblèm Sante Kwonik
 Sendwòm Phelan-McDermid

Pwoblèm Konpòtman
 Otis
 Paralizi Serebral
 Sendwòm Down

Epilepsi
 Spina Bifida
 Prader-Willi
 Sendwòm

Gwo Aktivite Lavi

Swen Otonòm
 Konpreyansyon ak Itilizasyon Lang
 Aprann

Mobilite
 Direksyon Tèt ou
 Kapasite pou Lavi Endepandan

II. Kalifikasyon Medicaid:

A. Moun nan gen yon nimewo Medicaid aktyèl. Nimewo Medicaid _____

B. Moun nan te refere pou kalifikasyon Medicaid nan _____ (MM/DD/YY)

Rezilta a te: Kalifye pa Kalifye Dat Desizyon: _____

III. Detèminasyon Kalifikasyon: Tcheke deklarasyon ki kòrèk:

A. Moun nan te satisfè nivo kalifikasyon pou swen (I), gen yon nimewo Medicaid (IIA), e li kalifye pou sèvis egzansyon.

B. Moun nan pa satisfè nivo kalifikasyon pou swen nan I ak/oswa II e, toutfwa, li pa kalifye pou sèvis egzansyon.

Kowòdonatè Sipò (Siyati): _____ Dat: _____

Ajans: _____

IV. Chwa: Li dwe ranpli sèlman nan moman enskripsyon inisyal egzansyon an epi chak 365 jou annaprè. Mwen te resevwa yon eksplikasyon ki baze sou sèvis ki baze nan kay ak kominote.

(CHWAZI YOUN NAN SA KI ANNAPRÈ YO)

A. Yo te ofri m sèvis egzansyon, e mwen chwazi pou resevwa sèvis ak sipò ki baze sou kominote. Mwen konprann ke mwen gen yon chwa nan founisè kalifye ki enskri yo.

B. Mwen chwazi pou resevwa sèvis enstitisyonèl epi prefere sèvis yap bay nan yon anviwonman enstitisyonèl.

Siyati (Moun nan): _____ Dat: _____

Reprezantan Legal oswa Temwen (Siyati): _____ Dat: _____

Ekri anlèt detache Non Reprezantan oswa Temwen: _____ Sa moun nan ye pou ou

***Lalwa Federal egzije koleksyon nimewo sekirite sosyal w kòm yon kondisyon kalifikasyon pou benefis Medicaid dapre 42 U.S.C. 1320b-7 e ajans lan ap kolekte, itilize, ak pibliye nimewo a pou rezon administratif jan li otorize anba lalwa.**