



申請參與OPWDD居家和社區服務（HCBS）棄權聲明及選擇證明表

申請人姓名： [text box]

當前地址： [text box]

社會保障號： [text box]

出生日期：

Medicaid號： [text box]

郡： [text box]

如目前未加入Medicaid，請勾選此處。

A. 選擇HCBS棄權聲明：本人已獲告知，本人有資格獲取通過中級護理機構（ICF）或居家和社區服務（HCBS）提供的服務。本人的選擇如下所示。

本人已選擇HCBS

本人未選擇HCBS

B.本人要求參加紐約州發育障礙人士辦公室管理的居家和社區服務棄權聲明。本人瞭解批准將基於本人知情選擇接受居家和社區服務而不是在中級護理機構（ICF）/機構環境下接受護理，並且本人需提供以下證明：

- 發育障礙；
- 被准許進入中級護理機構（ICF）的資格；
- 獲取Medicaid登記的資格；
- 選擇我所選擇的護理管理提供商；
- 適當社區服務的可提供性；和
- 適當的生活安排。

C.本人已獲告知所有當前可獲得的棄權服務提供者，並瞭解本人有權選擇所有本人的棄權服務提供者。

D.本人已獲告知並瞭解本人有權隨時變更本人的服務提供者。

E.選擇護理協調組織（CCCO）本人已獲告知所有當前可獲得的護理管理提供商的選擇。本人的選擇如下所示。本人瞭解本人必須與本人選擇的CCO合作以確定符合本人需要的適當的護理管理服務，並完成所有必要的登記活動。

CCO： [text box]

連絡人姓名： [text box]

地址： [text box]

電話： [text box]

申請人或代表簽字 [text box]  
(如適用)：

簽字人姓名（印刷體） [text box]

填寫日期：