

## 개인 관리/소비자 주도 개인 지원 서비스에 대한 긴급 지원

가사, 식사 준비, 목욕 또는 화장실 사용과 같은 개인 관리 서비스(Personal Care Services, PCS) 또는 소비자 주도 개인 지원 서비스(Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)가 긴급하게 필요하다고 생각하는 경우, 귀하가 다음 조건을 충족할 시 해당 서비스에 대한 자격 여부 확인이 더 신속하게 처리될 수 있습니다.

- 의료를 제공할 수 있거나, 지속적으로 제공할 수 있고 제공할 의지가 있는 비공식적인 간병인이 없는 경우
- 재택 치료 서비스 기관으로부터 필요한 도움을 받지 못하는 경우
- 요구사항을 충족시켜주는 맞춤형 또는 전문 장비나 용품을 사용하고 있지 않는 경우
- 필요한 지원에 대해 금액을 지불하는 타사 보험 또는 Medicare 혜택이 없는 경우.

**아직 Medicaid 보장 보험이 없고 위의 조건을 충족하는 경우,** 작성된 Access NY 건강 보험 신청서(DOH-4220), 필요 시 Access NY 보충 A(DOH-5178A), 의사의 지시서(DOH-4359 또는 HCSP-M11Q) 또는 서비스 필요성에 대한 의사의 진술서(DOH-5779)(아래 참고 사항 참조) 및 서명된 “긴급 지원 증명서”(본 통지서의 3페이지)를 제출하여 Medicaid 신청을 더 신속하게 처리해달라고 요청할 수 있습니다.

**지역사회 기반 장기 치료 서비스에 대한 보장이 포함되지 않은 Medicaid 보장 보험이 이미 있는 경우,** 작성된 Access NY 보충 A(DOH-5178A), 의사의 지시서(DOH-4359 또는 HCSP-M11Q) 또는 서비스 필요성에 대한 의사의 진술서(DOH-5779)(아래 참고 사항 참조) 및 서명된 “긴급 지원 증명서”(본 통지서의 3페이지)를 제출해야 합니다.

**지역사회 기반 장기 치료 서비스에 대한 보장이 포함된 Medicaid 보장 보험이 이미 있는 경우,** 의사의 지시서(DOH-4359 또는 HCSP-M11Q) 또는 서비스 필요성에 대한 의사의 진술서(DOH-5779)(아래 참고 사항 참조 및 서명된 “긴급 지원 증명서”(본 통지서의 3페이지)를 제출해야 합니다.

**참고:** 18세 미만인 경우 의사의 지시서(DOH-4359 또는 HCSP-M11Q)를 가지고 있어야 합니다. 18세 이상인 경우 필요성에 대한 의사의 진술서 양식(DOH-5779) 또는 의사의 지시서(DOH-4359 또는 M11Q)를 가지고 있어야 할 수 있습니다.

### **아직 Medicaid 보장 보험이 없거나 지역사회 기반 장기 치료 서비스에 대한 보장이 포함되지 않은 Medicaid**

**보장이 있는 경우:** 모든 필수 양식(위의 해당 목록 참조)은 지역의 사회복지부로 제출하거나 NYC에 거주하는 경우 인적자원관리국(HRA)으로 제출해야 합니다. 사회복지부/HRA는 해당 양식을 모두 접수한 후 최대한 빨리 귀하의 Medicaid 자격을 결정하는 데 필요한 모든 정보가 제출되었는지 확인합니다. 추가 정보가 필요한 경우, 해당 필수 양식을 접수한 후 4일 이내에 귀하에게 누락된 정보를 요청하는 서신을 보내야 합니다. 이 서신에 제출해야 하는 문서 또는 정보와 해당 자료를 제출해야 하는 날짜가 기재되어 있습니다. 사회복지부/HRA는 필요한 정보를 접수한 후 7일 이내에 귀하에게 Medicaid 자격이 있는지 여부를 알려주어야 합니다. 귀하에게 Medicaid 자격이 있는 경우, 사회복지부/HRA는 필요한 모든 정보를 접수한 후 12일 이내에 귀하가 PCS 또는 CDPAS를 받을 수 있는지 여부를 결정합니다. Medicaid 대상자가 아니라고 확인되면 Medicaid로부터 이 재택 치료를 받을 수 없습니다. 귀하가 Medicaid 및 PCS 또는 CDPAS를 받을 자격이 있는 것으로 확인되면 사회복지부/HRA에서 귀하에게 해당 사실을 알려줄 것이며, 귀하는 최대한 빨리 재택 치료를 받게 될 것입니다.

**지역사회 기반 장기 치료 서비스에 대한 보장이 포함된 Medicaid 보장 보험이 이미 있는 경우:**

의사의 지시서(DOH-4359 또는 HCSP-M11Q) 또는 필요성에 대한 의사의 진술서(DOH-5779) 및 긴급 지원 증명서를 해당 지역의 사회복지부 또는 HRA에 제출해야 합니다. 사회복지국/HRA는 해당 필수 양식을 접수한 후 12일 이내에 귀하가 PCS 또는 CDPAS를 받을 수 있는지 여부를 결정합니다. 귀하가 PCS 또는 CDPAS를 받을 자격이 있는 것으로 확인되면 사회복지국/HRA에서 귀하에게 해당 사실을 알려줄 것이며, 귀하는 최대한 빨리 재택 치료를 받게 될 것입니다.

필요한 양식은 지역의 사회복지부에서 얻거나 보건부 웹사이트 [http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/#apply](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#apply)에서 인쇄할 수 있습니다.

## 개인 관리 서비스/소비자 주도 개인 지원 서비스에 대한 긴급 지원 증명서

본인 \_\_\_\_\_ 은(는) (신청자 성명)

긴급한 개인 관리 서비스 또는 소비자 주도 개인 지원 서비스가 필요하다는 것을 증명합니다.

본인은 다음과 같은 사항도 증명합니다.

- 본인에게 필요한 지원을 제공할 수 있거나, 지속적으로 제공할 수 있고 제공할 의지가 있는 비공식적인 간병인이 없습니다
- 본인에게 필요한 지원을 제공하는 재택 치료 서비스 기관이 없습니다
- 본인의 요구사항을 충족시키기 위해 침대 옆 번기, 소변기, 보행기 또는 휠체어를 포함하되 이에 국한되지 않는 맞춤형 또는 전문 장비나 용품이 지원에 충분히 사용되지 않거나 본인의 필요 사항을 충족하지 않습니다.
- 필요한 지원에 대해 금액을 지불하는 타사 보험이나 Medicare 혜택이 없습니다.

본인은 이 양식에 기재한 정보가 본인이 아는 한 정확하고 완전하다는 것을 확인합니다.

신청자/대리인의 서명

서명일

## 요양원 또는 병원에서 장기 요양 서비스를 받는 개인

요양원이나 병원에서 장기 요양 서비스를 받고 있으며 자택으로 돌아가려는 경우, 개인 관리 서비스 또는 소비자 주도 개인 지원 서비스에 대한 자격 여부 확인이 더 신속하게 처리될 수 있습니다. 이전 페이지에 기재된 지침에 따라 아래에 요청된 정보를 입력하십시오.

본인은 요양원이나 병원에 있으며 자택으로 돌아갈 날짜는 다음과 같습니다.

날짜

다음 전화번호로 \_\_\_\_\_

본인 또는 법정 대리인에게 연락.