

## **СРОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В УСЛУГАХ ПЕРСОНАЛЬНОГО УХОДА / УСЛУГАХ ПЕРСОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА УСМОТРЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ**

Если вы считаете, что имеете срочную потребность в услугах персонального ухода (PCS) или в услугах персональной помощи на усмотрение пациентов (CDPAS), таких как ведение домашнего хозяйства, приготовление пищи, гигиенические процедуры или посещение туалета, ваше право на получение этих услуг может быть подтверждено быстрее, если ваша ситуация соответствует следующим условиям:

- у вас нет родственников или друзей, которые способны и готовы оказывать помощь или продолжать делать это;
- вы не получаете необходимую помощь от агентства, предоставляющего услуги по уходу на дому;
- у вас нет приспособленного или специализированного оборудования либо расходных материалов, чтобы использовать их для удовлетворения ваших потребностей;
- у вас нет другого страхового покрытия или льгот по программе Medicare для оплаты необходимой помощи.

**Если у вас еще нет страховки Medicaid** и вы соответствуете перечисленным условиям, вы можете запросить ускорить рассмотрение вашей заявки на получение Medicaid, отправив заполненное заявление на участие в программе Access NY (D0H-4220); Приложение А к Access NY (D0H-5178A) при необходимости; предписание врача (D0H-4359 или HCSP-M11Q) либо заключение врача о необходимости получения услуг (D0H-5779) (см. примечание ниже) и подписанное «Подтверждение срочной потребности» (стр. 3 данного уведомления).

**Если у вас уже есть страховка Medicaid, которая не включает покрытие долгосрочного обслуживания по месту жительства**, отправьте заполненное Приложение А к Access NY (D0H-5178A); предписание врача на получение услуг (D0H-4359 или HCSP-M11Q) либо заключение врача о необходимости получения услуг (D0H-5779) (см. примечание ниже) и подписанное «Подтверждение срочной потребности» (стр. 3 данного уведомления).

**Если у вас уже есть страховое покрытие Medicaid, включающее покрытие услуг долгосрочного ухода по месту жительства**, вы должны отправить предписание врача (D0H-4359 или HCSP-M11Q) либо Заключение врача о необходимости получения услуг (D0H-5779) (см. ПРИМЕЧАНИЕ ниже) и подписанное «Подтверждение срочной потребности» (стр. 3 этого уведомления).

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вам еще не исполнилось 18 лет, у вас должно быть предписание врача (D0H-4359 или HCSP-M11Q). Если вам 18 лет или больше, у вас может быть либо Заключение врача о необходимости получения услуг (D0H-5779) либо предписание врача (D0H-4359 или M11Q).

**Если у вас еще нет страховки Medicaid или есть страховка Medicaid, которая не включает покрытие долгосрочного обслуживания по месту жительства:** все необходимые формы (см. выше соответствующий список) необходимо отправить в местное подразделение социальных

служб или, если вы проживаете в г. Нью-Йорке, в Управление трудовых ресурсов (HRA). После получения всех этих форм подразделение социальных служб / HRA в кратчайшие сроки удостоверится, что вы направили всю необходимую информацию, чтобы определить ваше право на страховку Medicaid. Если потребуется дополнительная информация, они обязаны направить вам письмо с запросом недостающей информации не позднее чем через четыре дня после получения этих необходимых форм. В этом письме будут указаны документы или информация, которые вам нужно предоставить, и дата, до которой вы должны их отправить. Не позднее чем через 7 дней после получения необходимой информации, подразделение социальных служб / HRA обязано уведомить вас о вашем праве на страховку Medicaid. Не позднее чем через 12 дней после получения всей необходимой информации, подразделение социальных служб / HRA также определит, можете ли вы получить PCS или CDPAS, если будет подтверждено ваше право на страховку Medicaid. Вы не можете получить такой уход на дому от Medicaid, если не имеете права на страховку Medicaid. Если вы имеете право на Medicaid и PCS или CDPAS, подразделение социальных служб / HRA уведомит вас об этом, и вы получите уход на дому в срочном порядке.

**Если у вас уже есть страховка Medicaid, которая включает покрытие долгосрочного обслуживания по месту жительства:**

предписание врача (DOH-4359 или HCSP-M11Q) либо заключение врача о необходимости получения услуг (DOH-5779) и подписанное подтверждение срочной потребности необходимо направить в местное подразделение социальных служб или HRA. Не позднее чем через 12 дней после получения этих требуемых форм, подразделение социальных служб / HRA определит, можете ли вы получить PCS или CDPAS. Если вы имеете право на PCS или CDPAS, должностное лицо социальных служб / HRA уведомит вас об этом, и вы получите уход на дому в срочном порядке.

Вы можете получить требуемые формы в местном подразделении социальных служб или распечатать формы, доступные на веб-сайте Департамента здравоохранения по адресу [http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/#apply](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#apply)

## **Аттестационная форма о срочной потребности в услугах по личному уходу или персональной помощи, регулируемых потребителем**

Я, \_\_\_\_\_ (ваше имя)

подтверждаю, что имею срочную потребность в услугах персонального ухода или в услугах персональной помощи на усмотрение пациентов.

Я также заявляю, что:

- у меня нет родственников или друзей, которые способны и готовы оказывать мне необходимую помощь или продолжать делать это;
- я не получаю необходимую мне помощь от агентства, предоставляющего услуги по уходу на дому;
- приспособленное или специализированное оборудование, включая, среди прочего, прикроватные комоды, судна, ходунки или инвалидные коляски, не используются для удовлетворения моих потребностей в помощи или не могут удовлетворить их;
- у меня нет другого страхового покрытия или льгот по программе Medicare недоступны для оплаты необходимой помощи.

**Я подтверждаю, что сведения, указанные в настоящем документе, являются, насколько мне известно, достоверными и полными.**

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
ДАТА ПОДПИСАНИЯ

## **Лица, получающие услуги долгосрочного ухода в доме престарелых или больнице**

Если вы получаете долговременный уход в доме престарелых или больнице и намереваетесь вернуться домой, ваше право на получение услуг персонального ухода / услуг персональной помощи на усмотрение пациентов может быть рассмотрено в ускоренном порядке. Следуйте инструкциям на предыдущей странице и заполните информацию, запрошенную ниже.

Я нахожусь в доме престарелых или больнице, и мое возвращение домой назначено на

\_\_\_\_\_  
ДАТА

Связаться со мной или моим законным представителем можно по номеру \_\_\_\_\_.