

**Entente d'exonération du participant/parent/aidant d'enfants concernant la modification
environnementale (Environmental Modification, EMod), la modification de véhicule (Vehicle
Modification, VMod) et la technologie d'adaptation et d'aide (Adaptive and Assistive Technology, AAT)**

Instructions : Examinez les renseignements suivants et assurez-vous que le participant/parent/aidant exonéré est d'accord avec tous les points énoncés ci-dessous en apposant ses initiales à chaque point et sa signature à la fin de la section 1 confirmant ainsi son accord. Ne remplissez la section 2 que lorsqu'un changement de portée du projet est nécessaire après que la section 1 a été déjà dûment remplie et signée.

SECTION 1

Nom du participant : Date de naissance : CIN# :

Type de projet (Cocher un choix) : EMod VMod AAT Numéro de projet :

- _____ J'accepte de recevoir la modification proposée _____ (salle de bains, rampe, sangle d'arrimage pour fauteuil dans le véhicule, etc.), comme décrite dans l'évaluation écrite, en date du _____, jointe à cette entente.
- _____ J'ai reçu et lu un exemplaire de la Feuille d'information du participant/parent/aidant sur les EMod, VMod ou AAT.
- _____ J'accepte de maintenir l'état existant du véhicule ou de l'espace de la structure à modifier et je n'apporterai aucun changement qui aurait une incidence sur le projet, après avoir accepté la portée du projet fournie.
- _____ Je comprends que je n'ai pas la permission ni l'autorisation de faire des changements ou de traiter directement des questions liées au projet avec le maître des travaux ou le prestataire. Si des changements s'avèrent nécessaires, j'aviserai mon ou ma gestionnaire de soins.
- _____ Je comprends que j'ai le droit de demander une révision de la portée d'une EMod, VMod ou AAT. Si je demande plus d'une révision, les révisions supplémentaires seront ignorées et le projet pourrait être refusé ou clos.
- _____ Je comprends que je suis responsable de l'entretien et des réparations à l'EMod, la as in la VMod ou à l'AAT et que certaines mises à niveau ou réparations médicalement nécessaires sont accessibles uniquement au cas par cas avec l'autorisation du ministère de la Santé de l'État de New York (New York State Department of Health).
- _____ Je comprends que cette EMod, VMod ou AAT est fournie parce qu'elle est médicalement nécessaire et qu'il s'agit de l'option la plus économique sélectionnée pour répondre à ce besoin. Si je demande une mise à niveau de matériaux, je serai exclusivement responsable des frais associés au coût des matériaux, de la main-d'œuvre, etc. J'ai la responsabilité de conclure une entente de paiement distincte avec le prestataire, au besoin, concernant le paiement de toute demande de mise à niveau. Toute entente de paiement distincte pour la mise à niveau d'un projet, conclue entre le prestataire sélectionné et moi, n'aura aucune conséquence sur le paiement en temps voulu du prestataire par le Service de gestion financière (Financial Management Service, FMS) ou la présentation d'une demande de règlement au régime Medicaid de l'État de New York.
- _____ Je comprends que je dois conserver une copie de toutes les garanties, s'il y a lieu, de me familiariser avec leur contenu et de respecter leurs exigences.
- _____ Je comprends que je suis responsable de mettre à jour mon assurance habitation et/ou automobile pour inclure la couverture de remplacement de la modification, s'il y a lieu.
- _____ Je comprends que, bien que l'EMod, la as in la VMod ou l'AAT soit en cours de développement ou de traitement, et que les circonstances du participant puissent changer (hospitalisation ou entrée dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, perte d'admissibilité de l'exonération, décès, etc.), le processus du projet peut être interrompu et/ou clos.
- _____ Je comprends que ni le ministère de la Santé de l'État de New York ni le Service de gestion financière (FMS) n'est responsable du retrait d'une modification environnementale installée.
- _____ Je comprends que ni le ministère de la Santé de l'État de New York ni le Service de gestion financière (FMS) n'est financièrement responsable des dommages à la résidence ou au véhicule d'un participant résultant d'une modification.

Nom du participant (en caractères d'imprimerie) Signature du participant Date

Nom du parent/aidant (en caractères d'imprimerie) Signature du parent/soignant Date

Propriétaire de la résidence/du véhicule Signature du propriétaire de la résidence/du véhicule Date
(en caractères d'imprimerie) (s'il diffère du nom ci-dessus)

Nom de l'aide à domicile

Nom de HHCM/C-YES (en caractères d'imprimerie) Signature de HHCM/C-YES Date

SECTION 2 : Pour le changement de la portée du projet uniquement

Lorsqu'un changement dans la portée du projet est demandé après avoir dûment rempli et signé la section 1 ci-dessus, je (le participant/parent/aidant exonéré) dois apposer mes initiales et ma signature ci-dessous indiquant mon acceptation de la portée révisée. Je comprends que j'ai le droit de demander une révision de la portée d'une EMod, VMod ou AAT. Si je demande plus d'une révision, la demande de projet sera refusée et fermée.

Type de projet (Cocher un choix) : EMod VMod AAT

_____ j'accepte de recevoir la modification proposée _____ (salle de bains, rampe, sangle d'arrimage pour fauteuil dans le véhicule, etc.), comme décrite dans l'évaluation écrite révisée fournie, en date du _____, jointe à cette entente.

Nom du participant (en caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date

Nom du parent/aidant (en caractères d'imprimerie)

Signature du parent/soignant

Date

Nom de HHCM/C-YES (en caractères d'imprimerie)

Signature de HHCM/C-YES

Date