

**पर्यावरणीय संशोधन (Environmental Modification, EMod), वाहन संशोधन (Vehicle Modification, VMod),
तथा अनुकूलक और सहायक टेक्नोलॉजी (Adaptive and Assistive Technology, AAT) के लिए चिल्ड्रन्स
वेइवर प्रतिभागी/माता-पिता/देखभालकर्ता समझौता**

निर्देश: निम्न जानकारी की समीक्षा करें तथा सहमति दर्शाने के लिए प्रत्येक आइटम पर आद्याक्षर और सेक्शन I के अंत में हस्ताक्षर करके यह सुनिश्चित करें कि छूट प्रतिभागी/माता-पिता/देखभालकर्ता के रूप में आप नीचे दी गई सभी आइटमों से सहमत हैं। सेक्शन II को केवल तभी पूरा करें जब सेक्शन I पूरा होने और उस पर हस्ताक्षर होने के बाद प्रोजेक्ट के दायरे में किसी बदलाव की ज़रूरत हो।

सेक्शन 1

प्रतिभागी का नाम: जन्म तिथि: CIN#:

प्रोजेक्ट का प्रकार (एक के सामने सही का निशान बनाएं): ☐ EMod ☐ VMod ☐ AAT प्रोजेक्ट नंबर:

- _____ मैं प्रस्तावित _____ (बाथरूम, रैम्प, वेहिकल चेयर टाइ डाउन, आदि) प्राप्त करने के लिए सहमत हूँ, जैसा कि इस अनुबंध के साथ संलग्न, तिथि _____, के लिखित मूल्यांकन में बताया गया है।
- _____ मुझे EMods, VMods, या AAT से संबंधित प्रतिभागी/माता-पिता/देखभालकर्ता जानकारी शीट की एक कॉपी प्राप्त हुई है और मैंने उसे पढ़ लिया है।
- _____ मैं वाहन की मौजूदा स्थिति या बदलाव किए जाने वाले ढाँचे के क्षेत्र को कायम रखने के लिए सहमत हूँ और प्रदान किए गए प्रोजेक्ट के दायरे से सहमत होने के बाद, ऐसा कोई भी परिवर्तन नहीं करूँगा/करूँगी जो प्रोजेक्ट को प्रभावित करेगा।
- _____ मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे प्रोजेक्ट में बदलाव करने या प्रोजेक्ट से संबंधित मुद्दों को सीधे ठेकेदार/प्रदाता के साथ हल करने की अनुमति या अधिकार नहीं हैं। यदि किसी भी परिवर्तन की ज़रूरत होगी, तो मैं अपने केयर मैनेजर को सूचित करूँगा/करूँगी।
- _____ मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे EMod, VMod या AAT के दायरे में एक संशोधन का अनुरोध करने की अनुमति है। यदि मैं एक से अधिक संशोधन का अनुरोध करूँगा/करूँगी, तो अतिरिक्त संशोधनों पर विचार नहीं किया जाएगा, तथा प्रोजेक्ट अस्वीकृत या बंद किया जा सकता है।
- _____ मैं समझता/समझती हूँ कि मैं EMod, VMod, या AAT के रखरखाव या मरम्मत और इसके लिए ज़िम्मेदार हूँ कि चिकित्सकीय रूप से आवश्यक कुछ अपग्रेड/मरम्मत केवल न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग (New York State Department of Health) से पूर्व स्वीकृति के साथ केस-दर-केस आधार पर उपलब्ध हैं।
- _____ मैं समझता/समझती हूँ कि यह EMod, VMod, या AAT इसलिए प्रदान किया जा रहा है क्योंकि यह चिकित्सकीय रूप से ज़रूरी है, और यह कि इस ज़रूरत को पूरा करने के लिए सबसे अधिक किफायती विकल्प चुना जा रहा है। यदि मैं सामग्री में किसी भी अपग्रेड का अनुरोध करता/करती हूँ, तो मैं सामग्री की लागत, श्रम आदि सहित किसी भी संबद्ध शुल्क के लिए पूरी तरह से ज़िम्मेदार रहूँगा/रहूँगी। यदि ज़रूरी हो, तो किसी भी अपग्रेड अनुरोध के भुगतान के लिए विक्रेता के साथ एक अलग भुगतान समझौते की व्यवस्था करना मेरी ज़िम्मेदारी है। चयनित विक्रेता और मेरे बीच प्रोजेक्ट अपग्रेड के लिए कोई भी अलग भुगतान समझौता वित्तीय प्रबंधन सेवा (Financial Management Service, FMS) द्वारा विक्रेता को समय पर भुगतान या न्यूयॉर्क राज्य Medicaid को दावा पेश करने को प्रभावित नहीं करेगा।
- _____ मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे किसी भी वारंटी, यदि लागू हो, की एक कॉपी रखनी होगी, उनकी सामग्री से परिचित होना होगा, और शर्तों का अनुपालन करना होगा।
- _____ मैं समझता/समझती हूँ कि, यदि उपयुक्त हो, तो संशोधन की रिप्लेसमेंट कवरेज को शामिल करने के लिए मैं अपने मकान-मालिक का बीमा और/या कार के मालिक का बीमा अपग्रेड करने के लिए ज़िम्मेदार हूँ।
- _____ मैं समझता/समझती हूँ कि जबकि EMod, VMod, या AAT विकसित हो रहा हो या प्रोसेस किया जा रहा हो, और प्रतिभागी की परिस्थितियाँ बदल जाएं (अस्पताल या नर्सिंग होम में भर्ती होना, वेइवर की योग्यता गँवा देना, मृत्यु होना, आदि); तो प्रोजेक्ट की प्रक्रिया रोकੀ जा सकती है या बंद की जा सकती है।
- _____ मैं समझता/समझती हूँ कि न न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग और न ही वित्तीय प्रबंधन सेवा (FMS) किसी स्थापित पर्यावरणीय संशोधन को हटाने के लिए ज़िम्मेदार है।
- _____ मैं समझता/समझती हूँ कि न न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग और न ही वित्तीय प्रबंधन सेवा (FMS) प्रदाता संशोधन के परिणामस्वरूप किसी प्रतिभागी के घर या वाहन को हुए नुकसान के लिए वित्तीय रूप से ज़िम्मेदार है।

प्रतिभागी का नाम (प्रिंट)	प्रतिभागी के हस्ताक्षर	तिथि
माता-पिता/देखभालकर्ता का नाम (प्रिंट)	माता-पिता/देखभालकर्ता के हस्ताक्षर	तिथि
घर/वाहन के मालिक का नाम (प्रिंट) (यदि उपरोक्त से अलग है)	घर/वाहन के मालिक के हस्ताक्षर	तिथि

प्रतिभागी का हेल्थ होम		
HHCM/C-YES का नाम (प्रिंट)	HHCM/C-YES के हस्ताक्षर	तिथि

सेक्शन 2: केवल प्रोजेक्ट के दायरे में बदलाव के लिए

उपरोक्त सेक्शन 1 को पहले ही पूरा करके उस पर हस्ताक्षर करने के बाद प्रोजेक्ट के दायरे में किसी बदलाव की ज़रूरत होने पर, एक वेइवर प्रतिभागी/माता-पिता/देखभालकर्ता के रूप में संशोधित दायरे के साथ अपनी सहमति दर्शाने के लिए मुझे नीचे आद्याक्षर और हस्ताक्षर करने होंगे। मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे EMod, VMod, या AAT के दायरे में एक संशोधन का अनुरोध करने की अनुमति है। यदि मैं एक से ज़्यादा संशोधन का अनुरोध करूँगा/करूँगी, तो प्रोजेक्ट अनुरोध अस्वीकार कर दिया जाएगा और बंद कर दिया जाएगा।

प्रोजेक्ट का प्रकार (एक के सामने सही का निशान बनाएं): ☐ EMod ☐ VMod ☐ AAT

_____ मैं प्रस्तावित _____ (बाथरूम, रैम्प, वेहिकल चेयर टाइ डाउन, आदि) प्राप्त करने के लिए सहमत हूँ, जैसा कि इस अनुबंध के साथ संलग्न, तिथि _____, के संशोधित लिखित मूल्यांकन में बताया गया है।

प्रतिभागी का नाम (प्रिंट)	प्रतिभागी के हस्ताक्षर	तिथि
माता-पिता/देखभालकर्ता का नाम (प्रिंट)	माता-पिता/देखभालकर्ता के हस्ताक्षर	तिथि
HHCM/C-YES का नाम (प्रिंट)	HHCM/C-YES के हस्ताक्षर	तिथि