

**Accordo di rinuncia da parte dell'assistito, del genitore o del caregiver di un minore in merito a
modifiche ambientali (Environmental Modification, EMod), modifiche ai veicoli (Vehicle Modification,
VMod) e tecnologia adattiva e assistiva (Adaptive and Assistive Technology, AAT)**

Istruzioni: Leggere le seguenti informazioni e verificare che l'assistito, il genitore o il caregiver del minore siano d'accordo con tutti i punti
sottoriportati, siglandoli uno per uno e firmando per conferma alla fine della Sezione I. Compilare la Sezione II solo se è necessario modificare
la proposta progettuale una volta che è stata compilata e firmata la Sezione I.

SEZIONE 1

Nome dell'assistito: Data di nascita: CIN:

Tipo di progetto (selezionarne uno): ☐ EMod ☐ VMod ☐ AAT Numero del progetto:

- ___ Accetto di ricevere gli ausili che mi sono stati proposti _____ (bagno, rampa, sistema di fissaggio della sedia a rotelle sul veicolo etc.), come indicato nella valutazione scritta del _____ allegata al presente documento.
- ___ Ho ricevuto e letto una copia del documento informativo per l'assistito, il genitore o il caregiver, relativo a EMod, VMod o AAT.
- ___ Accetto di mantenere le attuali condizioni del veicolo o la superficie della struttura da modificare e non apporterò nessuna modifica che possa influire sul progetto dopo aver accettato la proposta progettuale formulata.
- ___ Prendo atto che non sono autorizzato ad apportare modifiche, né a discutere aspetti relativi al progetto direttamente con l'appaltatore o il fornitore. Qualora si rendessero necessarie delle modifiche informerò il responsabile assistenziale.
- ___ Prendo atto che mi è consentito chiedere una sola revisione di EMod, VMod o AAT. In caso di ulteriori revisioni le stesse non verranno prese in considerazione e il progetto potrebbe essere rifiutato e chiuso.
- ___ Prendo atto che sono responsabile della manutenzione e delle riparazioni necessarie per EMod, VMod o AAT e che alcune migliorie o riparazioni necessarie dal punto di vista medico sono possibili solo in determinati casi, previa approvazione del Dipartimento della salute dello Stato di New York (New York State Department of Health).
- ___ Prendo atto che EMod, VMod o AAT vengono forniti perché necessari dal punto di vista medico e a tal fine viene scelta l'opzione che presenta il miglior rapporto costi-benefici. Se dovessi chiedere delle migliorie agli ausili, tutte le spese relative saranno a mio carico, compresi i costi degli stessi, la manodopera etc. In tal caso, sarà mia responsabilità concordare un pagamento separato con il fornitore. Gli eventuali accordi di pagamento separato delle migliorie apportate al progetto con il fornitore prescelto non influiranno sul tempestivo pagamento allo stesso da parte del Servizio di gestione finanziaria (Financial Management Service, FMS), né sulla presentazione delle richieste di rimborso a Medicaid dello Stato di New York.
- ___ Prendo atto che sono tenuto a conservare copia delle eventuali garanzie, a conoscerne il contenuto e ad attenermi alle relative disposizioni.
- ___ Prendo atto che sono tenuto a modificare l'assicurazione relativa all'abitazione e/o al veicolo per ricomprendervi le modifiche, se del caso.
- ___ Prendo atto che, mentre il progetto relativo a EMod, VMod o AAT è in fase di sviluppo o di elaborazione, e in caso di variazione delle condizioni dell'assistito (ricovero in ospedale o in casa di cura, perdita dell'idoneità alla Rinuncia, decesso etc.), il progetto potrebbe essere sospeso e/o chiuso.
- ___ Prendo atto che né il Dipartimento della salute dello Stato di New York, né il Servizio di gestione finanziaria (FMS) sono responsabili per l'eliminazione delle modifiche ambientali apportate.
- ___ Prendo atto che né il Dipartimento della salute dello Stato di New York, né il fornitore del Servizio di gestione finanziaria (FMS) sono responsabili dal punto di vista economico per eventuali danni all'abitazione o al veicolo dell'assistito a seguito di modifiche.

Nome dell'assistito (in stampatello)	Firma dell'assistito	Data

Nome del genitore o del caregiver (in stampatello)	Firma del genitore o del caregiver	Data

Nome del proprietario dell'abitazione o del veicolo (in stampatello) (se diverso da quello sopra riportato)	Firma del proprietario dell'abitazione o del veicolo	Data

Casa della salute in cui risiede l'assistito

Nome dell'HHCM/C-YES (in stampatello)	Firma dell'HHCM/C-YES	Data

SEZIONE 2: Per modifiche al solo ambito progettuale

Nel caso in cui sia necessaria una modifica del solo ambito progettuale dopo aver precedentemente compilato e firmato la Sezione I, io sottoscritto, in qualità di assistito, genitore o caregiver del minore, devo siglare e firmare qui di seguito per indicare di essere d'accordo con la modifica apportata all'ambito progettuale. Prendo atto che mi è consentito richiedere una sola revisione di EMod, VMod o AAT. In caso di più richieste di revisione il progetto potrebbe essere sospeso e/o chiuso.

Tipo di progetto (selezionarne uno): ☐ EMod ☐ VMod ☐ AAT

_____ Accetto di ricevere gli ausili proposti _____ (bagno, rampa, sistema di fissaggio della sedia a rotelle sul veicolo etc.), come indicato nella valutazione scritta modificata del _____, allegata al presente documento.

Nome dell'assistito (in stampatello)

Firma dell'assistito

Data

Nome del genitore o del caregiver (in stampatello)

Firma del genitore o del caregiver

Data

Nome dell'HHCM/C-YES (in stampatello)

Firma dell'HHCM/C-YES

Data