

**वातावरणीय परिमार्जन (Environmental Modification, EMod), सवारी साधन परिमार्जन (Vehicle Modification, VMod) र अनुकूलनीय तथा सहायक प्रविधि (Adaptive and Assistive Technology, AAT) का लागि
बालबालिकाको छुट सहभागी/आमाबुवा/स्याहारकर्तासम्बन्धी सम्झौता**

निर्देशनहरू: निम्न जानकारी पुनरावलोकन गर्नुहोस् र छुट सहभागी/आमाबुवा/स्याहारकर्ताका रूपमा तपाईं प्रत्येक सामग्री सुरु गरेर र सम्झौता देखाउन खण्ड 1 को अन्त्यमा हस्ताक्षर गरेर तलका सबै सामग्रीसँग सहमत हुनुहुन्छ भनी सुनिश्चित गर्नुहोस्। खण्ड 1 पूरा भइसकेपछि र हस्ताक्षर गरिसकेपछि परियोजनाको दायरामा परिवर्तन आवश्यक परेमा मात्र खण्ड 11 पूरा गर्नुहोस्।

खण्ड 1

सहभागीको नाम: जन्ममिति: CIN#:

परियोजनाको प्रकार (एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्): ☐ EMod ☐ VMod ☐ AAT परियोजनाको नम्बर:

- ___ म यस सम्झौतामा संलग्न गरिएको मितिमा उपलब्ध गराइएका लिखित मूल्याङ्कनमा उल्लिखित प्रस्तावित _____
(बाथरूम, र्याम्प, सवारी साधनको कुर्सी टाई डाउन, आदि), प्राप्त गर्न सहमत _____ छु।
- ___ मैले EMod, VMod वा AAT सम्बन्धी सहभागी/आमाबुवा/स्याहारकर्तासम्बन्धी जानकारी पत्रको प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु र पढेको छु।
- ___ उपलब्ध गराइएको परियोजनाको दायरामा सहमत भएपछि, म सवारी साधनको अवस्थित अवस्था वा परिमार्जन गरिने संरचनाको क्षेत्रफल कायम राख्नका लागि सहमत छु र परियोजनालाई प्रभाव पार्ने कुनै पनि परिवर्तन गर्ने छैन।
- ___ म मलाई सम्झौताकर्ता/प्रदायकसँग सिधै परिवर्तन गर्न वा परियोजना समस्याहरूलाई सम्बोधन गर्नका लागि अनुमति वा अधिकार दिइएको छैन भनी बुझ्दछु। कुनै परिवर्तन आवश्यक परेमा, म मेरो स्याहार म्यानेजरलाई सूचित गर्ने छु।
- ___ म मलाई EMod, VMod वा AAT स्कोपको एउटा परिमार्जन अनुरोध गर्न अनुमति दिइएको छ भनी बुझ्दछु। मैले एकभन्दा बढी संशोधनको अनुरोध गर्ने भने अतिरिक्त संशोधन विचार गरिने छैन र परियोजना अस्वीकृत र बन्द हुन सक्छ।
- ___ म EMod, VMod वा AAT को मर्मतसम्भार र मर्मतका लागि म जिम्मेवार छु र केही चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक अपग्रेड/मर्मतहरू न्यूयोर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग (New York State Department of Health) बाट पूर्व स्वीकृति लिएर मामिलाका आधारमा मात्र उपलब्ध छन् भनी बुझ्दछु।
- ___ म यो मेडिकल रूपमा आवश्यक भएका कारणले गर्दा यो EMod, VMod वा AAT उपलब्ध गराइदै छ र यो आवश्यकता पूरा गर्नका लागि सबैभन्दा लागत-प्रभावी विकल्प छनौट गरिंदैछ भनी बुझ्दछु। मैले सामग्रीमा कुनै अपग्रेडका लागि अनुरोध गर्ने भने, म सामग्री लागत, श्रम, आदिसहित कुनै पनि सम्बन्धित शुल्कका लागि पूर्ण रूपमा जिम्मेवार हुने छु। कुनै पनि अपग्रेड अनुरोधहरूको भुक्तानीका लागि, आवश्यक परेमा, विक्रेतासँग छुट्टै भुक्तानी सम्झौताको व्यवस्था गर्नु मेरो जिम्मेवारी हो। चयन गरिएको विक्रेता र मबिच परियोजना अपग्रेडको लागि कुनै पनि छुट्टै भुक्तानी सम्झौताले वित्तीय व्यवस्थापन सेवा (Financial Management Service, FMS) द्वारा विक्रेतालाई समयमै भुक्तानी वा न्यूयोर्क राज्य Medicaid मा दाबी पेश गर्ने कार्यलाई प्रभाव पार्ने छैन।
- ___ म मैले लागू भएमा कुनै पनि वारेन्टीको प्रतिलिपि राख्नुपर्छ, उहाँहरूको सामग्रीसँग परिचित हुनुपर्छ र आवश्यकताहरू पालना गर्नुपर्छ भनी बुझ्दछु।
- ___ म उपयुक्त भएमा, मेरो घरधनी र/वा कारधनी बीमालाई परिमार्जनको प्रतिस्थापन कभरेज समावेश गर्नका लागि अपग्रेड गर्ने जिम्मेवारी मेरो हो भनी बुझ्दछु।
- ___ म EMod, VMod वा AAT विकासमा वा प्रक्रिया चलिरहेको बेला र सहभागीको परिस्थिति परिवर्तन हुँदा (अस्पताल वा नर्सिङ होममा प्रवेश गर्दा, छुट योग्यता गुमाउँदा, मृत्यु हुँदा, आदि); परियोजना प्रक्रिया रोकिन वा बन्द हुन सक्छ भनी बुझ्दछु।
- ___ म न त न्यूयोर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग न त वित्तीय व्यवस्थापन सेवा (FMS) स्थापित वातावरणीय परिमार्जन हटाउन जिम्मेवार छ भनी बुझ्दछु।
- ___ म परिमार्जनको परिणामस्वरूप सहभागीको घर वा सवारी साधनमा भएको क्षतिको लागि न्यू योर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग न त वित्तीय व्यवस्थापन सेवा (FMS) प्रदायक आर्थिक रूपमा जिम्मेवार छैनन् भनी बुझ्दछु।

सहभागीको नाम (पूरा नाम)	सहभागीको हस्ताक्षर	मिति

आमाबुवा/स्याहारकर्ताको नाम (पूरा नाम)	आमाबुवा/स्याहारकर्ताको हस्ताक्षर	मिति

घर/सवारी साधन धनिको (पूरा नाम) (माथिभन्दा फरक भएमा)	घर/सवारी साधन मालिकको हस्ताक्षर	मिति

सहभागीको स्वास्थ्य गृह		

HHCM/C-YES नाम (पूरा नाम)	HHCM/C-YES हस्ताक्षर	मिति

खण्ड २: परियोजनाको दायरामा परिवर्तनका लागि मात्र

माथिको खण्ड १ पूरा गरी हस्ताक्षर गरेपछि परियोजनाको दायरामा परिवर्तन आवश्यक पर्दा, छुट सहभागी/आमाबुवा/स्याहारकर्ताका रूपमा मैले संशोधित दायराका साथ मेरो सहमति जनाउन प्रारम्भिक र तल हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। म मलाई EMod, VMod वा AAT स्कोपको एउटा संशोधन अनुरोध गर्न अनुमति दिइएको छ भनी बुझ्दछु। मैले एकभन्दा बढी संशोधनका लागि अनुरोध गर्ने भने, परियोजना अनुरोध अस्वीकृत हुने छ र बन्द गरिने छ।

परियोजनाको प्रकार (एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्): ☐ EMod ☐ VMod ☐ AAT

म यस सम्झौतामा संलग्न गरिएको मितिमा उपलब्ध गराइएका परिमार्जित लिखित मूल्याङ्कनमा उल्लिखित प्रस्तावित

(बाथरूम, र्याम्प, सवारी साधनको कुर्सि टाई डाउन, आदि), प्राप्त गर्न सहमत छु।

सहभागीको नाम (पूरा नाम)	सहभागीको हस्ताक्षर	मिति
आमाबुवा/स्याहारकर्ताको नाम (पूरा नाम)	आमाबुवा/स्याहारकर्ताको हस्ताक्षर	मिति
HHCM/C-YES नाम (पूरा नाम)	HHCM/C-YES हस्ताक्षर	मिति