

1915(c) Umowa dla dziecka uczestniczącego
w Programie świadczeń zastępczych / rodzica / opiekuna
(Children's Waiver Participant/Parent/Caregiver Agreement)

Umowa dotycząca modyfikacji środowiskowej (Environmental Modification, EMod), modyfikacji pojazdu (Vehicle Modification, VMod) oraz technologii adaptacyjnej i wspomagającej (Adaptive and Assistive Technology, AAT) dla dziecka uczestniczącego w Programie świadczeń zastępczych / rodzica / opiekuna

Instrukcja: Należy zapoznać się z poniższymi informacjami i zaakceptować jako dziecko uczestniczące w Programie świadczeń zastępczych / rodzic / opiekun wszystkie poniższe punkty, parafując je, a następnie składając podpis na końcu Sekcji 1 w celu wyrażenia zgody. Sekcję 2 należy wypełnić tylko po wypełnieniu i podpisaniu Sekcji 1, jeżeli jest wymagana zmiana w zakresie projektu.

SEKCJA 1

Imię i nazwisko uczestnika: Data urodzenia: Nr CIN:

Rodzaj projektu (zaznaczyć jedną opcję): ☐ EMod ☐ VMod ☐ AAT Numer projektu:

- _____ Zgadzam się na otrzymanie proponowanej modyfikacji _____ (łazienka, podjazd, mocowanie wózka w pojeździe itp.) zgodnie z podaną pisemną wyceną z _____ załączoną do niniejszej umowy.
- _____ Potwierdzam otrzymanie i przeczytanie kopii Informacji dla uczestnika/rodzica/opiekuna na temat EMods, VMods i AAT.
- _____ Zgadzam się zachować obecny stan pojazdu lub obszaru budynku podlegającego modyfikacji i nie dokonam żadnych zmian, które mogłyby wpłynąć na projekt, po zaakceptowaniu jego podanego zakresu.
- _____ Rozumiem, że nie mam pozwolenia ani upoważnienia do dokonywania zmian ani rozwiązywania kwestii związanych z projektem bezpośrednio z wykonawcą/dostawcą. W razie potrzeby wprowadzenia zmian powiadomię swojego menedżera ds. opieki.
- _____ Rozumiem, że przysługuje mi prawo do wnioskowania o jedną zmianę zakresu EMod, VMod lub AAT. Jeżeli wystąpię o więcej niż jedną zmianę, dodatkowe zmiany nie zostaną uwzględnione, a projekt może zostać odrzucony i zamknięty.
- _____ Rozumiem, że odpowiadam za konserwację i naprawy EMod, VMod lub AAT i że niektóre niezbędne ze względów medycznych ulepszenia/naprawy są dostępne wyłącznie w indywidualnych przypadkach i po uprzednim zatwierdzeniu przez Wydział Zdrowia stanu Nowy Jork (New York State Department of Health).
- _____ Rozumiem, że ta modyfikacja EMod, VMod lub AAT jest zapewniana, ponieważ jest konieczna ze względów medycznych, a w celu zaspokojenia danej potrzeby została wybrana opcja najbardziej ekonomiczna. Jeżeli złożę wniosek o jakiegokolwiek ulepszenia materiałowe, będę ponosić wyłączną odpowiedzialność za wszelkie powiązane opłaty obejmujące koszty materiałowe, robociznę itp. Poność odpowiedzialność za osobne uzgodnienia dotyczące ewentualnych płatności na rzecz dostawcy za wszelkie wnioskowane ulepszenia. Wszelkie osobne uzgodnienia dotyczące płatności za ulepszenia w projekcie pomiędzy mną a dostawcą nie wpłyną na terminowe opłacenie dostawcy przez Służbę Zarządzania Finansowego (Financial Management Service, FMS) ani złożenie roszczenia do Medicaid stanu Nowy Jork.
- _____ Rozumiem, że muszę zachować kopię wszelkich ewentualnych gwarancji, zapoznać się z ich treścią i postępować zgodnie z ich wymogami.
- _____ Rozumiem, że mam obowiązek rozszerzyć zakres ubezpieczenia domu i/lub samochodu w celu objęcia ochroną przywrócenia modyfikacji w stosownych przypadkach.
- _____ Rozumiem, że w przypadku zmian okoliczności u uczestnika programu (przyjęcia do szpitala lub domu opieki, utraty uprawnień do udziału w Programie świadczeń zastępczych, śmierci itp.) w trakcie rozpatrywania lub opracowywania modyfikacji EMod, VMod lub AAT projekt może zostać zatrzymany lub zamknięty.
- _____ Rozumiem, że ani Wydział Zdrowia stanu Nowy Jork, ani Służba Zarządzania Finansowego (FMS) nie ponoszą odpowiedzialności za usunięcie zainstalowanej modyfikacji środowiskowej.
- _____ Rozumiem, że ani Wydział Zdrowia stanu Nowy Jork, ani dostawca Służby Zarządzania Finansowego (FMS) nie ponoszą odpowiedzialności finansowej za szkody domu lub pojazdu uczestnika powstałe wskutek modyfikacji.

Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)	Podpis uczestnika	Data
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (drukowanymi literami)	Podpis rodzica/opiekuna	Data
Właściciel domu/pojazdu (drukowanymi literami) (jeżeli inny niż powyżej)	Podpis właściciela domu/pojazdu	Data

Health Home uczestnika

Imię i nazwisko HHCM/C-YES (drukowanymi literami)	Podpis HHCM/C-YES	Data

SEKCJA 2: Tylko w przypadku zmian w zakresie projektu

Jeżeli po wypełnieniu i podpisaniu Sekcji 1 powyżej zajdzie potrzeba zmian w zakresie projektu, ja jako uczestnik/rodzic/opiekun w Programie świadczeń zastępczych muszę parafować i złożyć poniżej podpis oznaczający akceptację zmienionego zakresu. Rozumiem, że przysługuje mi prawo do wnioskowania o jedną zmianę zakresu EMod, VMod lub AAT. W przypadku złożenia wniosku o więcej niż jedną zmianę wniosek o projekt zostanie odrzucony i zamknięty.

Rodzaj projektu (zaznaczyć jedną opcję): ☐ EMod ☐ VMod ☐ AAT

_____ Zgadzam się na otrzymanie proponowanej modyfikacji _____ (łazienka, podjazd, mocowanie wózka w pojeździe itp.) zgodnie z podaną zmienioną pisemną wyceną z _____ załączoną do niniejszej umowy.

Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Podpis uczestnika

Data

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna
(drukowanymi literami)

Podpis rodzica/opiekuna

Data

Imię i nazwisko HHCM/C-YES (drukowanymi literami)

Podpis HHCM/C-YES

Data