

**Договор с участником / родителем участника / лицом, осуществляющим уход за участником альтернативной программы для детей, относительно внесения изменений в окружающую обстановку (Environmental Modification, EMod), внесения изменений в конструкцию автомобиля (Vehicle Modification, VMod), а также адаптивных и ассистивных технологий (Adaptive and Assistive Technology, AAT)**

**Инструкции.** Ознакомьтесь с приведенной ниже информацией и поставьте свои инициалы возле каждого пункта и подпишите в конце раздела 1 для подтверждения своего согласия как участника / родителя участника / лица, осуществляющего уход за участником альтернативной программы. Заполните раздел 2 только в том случае, если потребуются изменения в объеме проекта, после того как уже будет заполнен и подписан раздел 1.

**РАЗДЕЛ 1**

Имя и фамилия участника:  Дата рождения:  CIN#:

Тип проекта (отметьте один тип проекта):  EMod  VMod  AAT Номер проекта:

- \_\_\_\_\_ Я согласен(-на) получить \_\_\_\_\_ (ванная комната, пандус, крепление автомобильного кресла и др.), как предложено в письменной оценке от \_\_\_\_\_, приложенной к этому договору.
- \_\_\_\_\_ Я получил(-а) и прочитал(-а) копию информационного листка для участника / родителя участника / лица, осуществляющего уход за участником, относительно EMod, VMod или AAT.
- \_\_\_\_\_ Я соглашаюсь поддерживать существующее состояние транспортного средства или зоны строения, которые подлежат модификации, и не буду вносить изменения, которые повлияют на выполнение проекта, после того как я дам свое согласие на предложенный объем проекта.
- \_\_\_\_\_ Я понимаю, что мне не разрешено или запрещено вносить изменения или обращаться напрямую к подрядчику/поставщику услуг для решения проблем, связанных с проектом. Если потребуются какие-либо изменения, я должен(-на) буду обратиться к менеджеру по медицинскому обслуживанию.
- \_\_\_\_\_ Я понимаю, что мне разрешено подать один запрос на пересмотр объема проекта EMod, VMod или AAT. Если я подам более одного запроса на пересмотр, дополнительные запросы не будут рассматриваться, а в выполнении проекта могут отказать или его могут закрыть.
- \_\_\_\_\_ Я понимаю, что я несу ответственность за техническое обслуживание и ремонт, связанные с EMod, VMod или AAT, и что некоторые необходимые с медицинской точки зрения изменения или ремонтные работы могут быть предоставлены в индивидуальном порядке при условии получения предварительного разрешения от Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health).
- \_\_\_\_\_ Я понимаю, что EMod, VMod или AAT предоставляются, потому что в них есть потребность с медицинской точки зрения, и что для удовлетворения этой потребности выбирается самый экономный вариант. Если я попрошу использовать более качественные материалы, я буду нести единоличную ответственность за оплату всех связанных с этим расходов, включая стоимость материалов, оплату труда и т. д. При необходимости я буду нести ответственность за заключение отдельного договора об оплате с поставщиком услуг и за оплату в случае использования материалов более высокого качества или увеличения объема работ. Любой отдельный договор между мной и выбранным поставщиком услуг об оплате в случае использования материалов более высокого качества или увеличения объема работ по проекту не повлияет на своевременные выплаты поставщику, производимые Службой финансового управления (Financial Management Service, FMS), или на подачу страхового требования в программу Medicaid штата Нью-Йорк.
- \_\_\_\_\_ Я понимаю, что я должен(-на) сохранять копии всех гарантий (если применимо), ознакомиться с их содержанием и выполнять все изложенные в них требования.
- \_\_\_\_\_ Я понимаю, что я несу ответственность за изменение условий страховки владельца дома и (или) автомобиля, чтобы при необходимости включить покрытие внесенных изменений.
- \_\_\_\_\_ Я понимаю, что если в период, пока EMod, VMod или AAT находятся в процессе выполнения или обработки, обстоятельства участника изменятся (например, он попадет в больницу или в учреждение сестринского ухода, потеряет право на участие в альтернативной программе, умрет и т. д.), то проект может быть приостановлен и (или) закрыт.
- \_\_\_\_\_ Я понимаю, что ни Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк, ни Служба финансового управления (FMS) не несут ответственности за устранение выполненных изменений в окружающей обстановке.
- \_\_\_\_\_ Я понимаю, что ни Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк, ни Служба финансового управления (FMS) не несут финансовой ответственности за материальный ущерб, причиненный дому или автомобилю участника в результате внесения изменений.

Имя и фамилия участника (печатными буквами) Подпись участника Дата

Имя и фамилия родителя / лица, осуществляющего уход (печатными буквами) Подпись родителя / лица, осуществляющего уход Дата

Имя и фамилия владельца дома / автомобиля (печатными буквами) (если это не лицо, указанное выше) Подпись владельца дома / автомобиля Дата

Адрес дома, где участник получает медицинское обслуживание

Имя и фамилия ННСМ/С-YES (печатными буквами) Подпись ННСМ/С-YES Дата

## РАЗДЕЛ 2: Только в случае изменений в объеме проекта

Если потребуются изменения в объеме проекта после заполнения и подписания раздела 1 выше, я как участник / родитель участника / лицо, осуществляющее уход за участником, должен(-на) буду поставить свои инициалы и подпись ниже, чтобы подтвердить свое согласие на внесение изменений в объем проекта. Я понимаю, что мне разрешено подать один запрос на пересмотр объема EMod, VMod или AAT. Если я подам более одного запроса на пересмотр, в выполнении проекта могут отказать или его могут закрыть.

Тип проекта (отметьте один тип проекта):  EMod  VMod  AAT

\_\_\_\_\_ Я согласен(-на) получить \_\_\_\_\_ (ванная комната, пандус, крепление автомобильного кресла и др.), как предложено в письменной оценке от \_\_\_\_\_, приложенной к данному договору.

Имя и фамилия участника (печатными буквами)

Подпись участника

Дата

Имя и фамилия родителя / лица, осуществляющего уход (печатными буквами)

Подпись родителя / лица, осуществляющего уход

Дата

Имя и фамилия ННСМ/С-YES (печатными буквами)

Подпись ННСМ/С-YES

Дата