

关于环境改造 (Environmental Modification, EMod)、车辆改装 (Vehicle Modification, VMod) 和自适应辅助技术 (Adaptive and Assistive Technology, AAT) 的儿童豁免计划参与者/家长/护理人员协议

说明: 请审阅下列信息, 并确保您以豁免计划参与者/家长/护理人员的身份在各项表述前签署姓名首字母缩写, 并在第 I 部分末尾处签名, 以此表示同意下列所有表述。只有在第 I 部分填写完成并签名之后需要更改项目范围时, 才需填写第 II 部分。

第 I 部分

参与者姓名: 出生日期: CIN#:

项目类型 (勾选一项): EMod VMod AAT 项目编号:

- 我同意接受拟定 _____ (浴室、坡道、车辆座椅固定装置等), 如本协议所附日期为 _____ 的书面评估中所列。
- 我已收到一份关于 EMod、VMod 或 AAT 的“参与者/家长/护理人员信息表”并已仔细阅读。
- 我同意保持车辆或待改装结构区域的现有状态, 并且在同意商定的项目范围后不会做出任何影响项目的更改。
- 我明白, 我不得也无权直接与承包商/供应商进行更改或解决项目问题。如果需要更改, 我会通知我的护理经理。
- 我明白, 我可以对 EMod、VMod 或 AAT 范围提出一次修改要求。如果我提出的修改要求超过一次, 额外的修订将不予考虑, 并且项目可能会被拒绝并关闭。
- 我明白, 我有责任对 EMod、VMod 或 AAT 进行维护或修理, 并且只有在事先获得纽约州卫生部 (New York State Department of Health) 批准的情况下, 才能根据具体情况进行某些有医疗必要性的升级/修理。
- 我明白, 提供这种 EMod、VMod 或 AAT 是出于医疗需要, 并且所选服务是既能满足需求又最具成本效益的方案。如果我要求对材料进行任何升级, 我将自行负责任何相关费用, 包括材料费、人工费等。如有必要, 我有责任与供应商签订单独的付款协议, 以支付任何升级要求的费用。我与选定供应商之间就项目升级达成的任何单独付款协议都不会影响财务管理处 (Financial Management Service, FMS) 向供应商付款的时效, 也不会影响向纽约州 Medicaid 提交的报销申请。
- 我明白我必须保留任何质保 (如适用) 的副本, 同时熟悉其内容并遵守其要求。
- 我明白, 我有责任升级我的房主和/或车主的保险 (如适用), 使其包含改造/改装的替换保险。
- 我明白, 在 EMod、VMod 或 AAT 的开发或处理过程中, 如果参与者的情况发生变化 (入住医院或养老院、失去豁免资格、死亡等), 项目进程可能会停止或关闭。
- 我明白, 纽约州卫生部和财务管理处 (FMS) 都不负责拆除已安装的环境改造设施。
- 我明白, 纽约州卫生部和财务管理处 (FMS) 提供商都不对因改造/改装参与者的房屋或车辆而造成的损害承担经济责任。

参与者姓名 (正楷) 参与者签名 日期

家长/护理人员姓名 (正楷) 家长/护理人员签名 日期

房主/车主姓名 (正楷) (如与上方签字人不同) 房主/车主签名 日期

参与者的健康住房

HHCM/C-YES 姓名 (正楷) HHCM/C-YES 签名 日期

第 II 部分：仅适用于项目范围变更

在填写上述第 I 部分并签名后，如果需要更改项目范围，我作为豁免计划参与者/家长/护理人员必须在下方签署姓名首字母缩写并签名，以表示我同意修改后的范围。我明白，我可以对 EMod、VMod 或 AAT 范围提出一次修改要求。如果我提出的修改要求超过一次，项目可能会被拒绝并关闭。

项目类型（勾选一项）： EMod VMod AAT

____ 我同意接受拟定 _____（浴室、坡道、车辆座椅固定装置等），
如本协议所附日期为 _____ 的修订版书面评估中所列。

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
参与者姓名（正楷）	参与者签名	日期
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
家长/护理人员姓名（正楷）	家长/护理人员签名	日期
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HHCM/C-YES 姓名（正楷）	HHCM/C-YES 签名	日期