

Acuerdo de exención para participante, padre/madre o cuidador de niños para la Modificación del Entorno (Environmental Modification, EMod), Modificación del Vehículo (Vehicle Modification, VMod) y Tecnología Adaptativa y de Apoyo (Adaptive and Assistive Technology, AAT)

Instrucciones: Revise la siguiente información y asegúrese de que usted, como participante, padre/madre o cuidador de la exención, está de acuerdo con todos los puntos que se detallan a continuación al escribir la primera letra de su nombre en cada punto y al firmar en el final de la Sección I a fin de demostrar su conformidad. Una vez que la Sección I esté completa y firmada, solo complete la Sección II cuando se necesite realizar un cambio en el alcance del proyecto.

SECCIÓN 1

Nombre del participante: Fecha de nacimiento: CIN#:

Tipo de proyecto (marque uno): EMod VMod AAT N.º de proyecto:

- _____ Acepto recibir _____ (baño, rampa, sujeción de sillas de ruedas para vehículos, etc.) propuestos como se indican en la evaluación escrita proporcionada, _____ fechada y adjunta en este acuerdo.
- _____ He recibido y leído una copia de la hoja de información para el participante, padre/madre o cuidador sobre las EMod, VMod, o AAT.
- _____ Acepto mantener el estado existente del vehículo o del área de la estructura para que se modifique, y no realizaré ningún cambio que pueda afectar el proyecto, después de aceptar el alcance del proyecto proporcionado.
- _____ Comprendo que no tengo permiso ni autorización para realizar ningún cambio o tratar problemas del proyecto directamente con el contratista o proveedor. Si se necesita realizar algún cambio, le informaré a mi gerente de atención.
- _____ Comprendo que se me permite solicitar una revisión del alcance de las EMod, VMod o AAT. Si solicito más de una revisión, no se considerará realizar revisiones adicionales, y es posible que el proyecto esté sujeto a rechazo o cierre.
- _____ Comprendo que soy responsable del mantenimiento y de las reparaciones de las EMod, VMod, o AAT, y que ciertas actualizaciones o reparaciones médicas necesarias solo están disponibles caso por caso con la aprobación previa del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health).
- _____ Comprendo que estas EMod, VMod, o AAT se proporcionan porque es médicamente necesario, y que se selecciona la opción más rentable para satisfacer esta necesidad. En caso de solicitar alguna actualización de los materiales, seré el único responsable de los gastos relacionados, como los costos del material, mano de obra, etc. Es mi responsabilidad realizar un acuerdo de pago separado con el comerciante, en caso de que sea necesario, para el pago de los pedidos de actualización. Cualquier acuerdo de pago separado por la actualización del proyecto que se realice entre el comerciante seleccionado y yo, no impactará el pago en tiempo y forma al comerciante por parte del Servicio de Gestión Financiera (Financial Management Service, FMS) o presentación del reclamo a Medicaid del Estado de Nueva York.
- _____ Comprendo que debo poseer una copia de las garantías, si corresponde, conocer el contenido y cumplir con los requisitos.
- _____ Comprendo que soy responsable de actualizar mi seguro de propietario de la vivienda o del vehículo para incluir la cobertura de reemplazo de la modificación, si es necesario.
- _____ Comprendo que mientras las EMod, VMod, o AAT se encuentren en desarrollo o estén en proceso, y las circunstancias del participante cambian (ingresa a un hospital o a una residencia para ancianos, pierde la elegibilidad para la exención, fallece, etc.), es posible que el proceso del proyecto se detenga o se cierre.
- _____ Comprendo que ni el Departamento de Salud del Estado de Nueva York ni el Servicio de Gestión Financiera (FMS) son responsables de quitar una modificación ambiental instalada.
- _____ Comprendo que ni el Departamento de Salud del Estado de Nueva York ni el proveedor del Servicio de Gestión Financiera (FMS) son financieramente responsables de los daños causados en la vivienda o vehículo de un participante como resultado de la modificación.

Nombre del participante (en letra de imprenta) Firma del participante Fecha

Nombre del padre/madre o cuidador (en letra de imprenta) Firma del padre/madre o cuidador Fecha

Propietario de la vivienda o vehículo (en letra de imprenta) Firma del propietario de la vivienda o vehículo Fecha
(si es distinto del arriba firmante)

Atención domiciliar del participante

Nombre del HHCM/C-YES (en letra de imprenta) Firma del HHCM/C-YES Fecha

SECCIÓN 2: Solo para cambio en el alcance del proyecto

Cuando se requiere un cambio en el alcance del proyecto una vez completa y firmada previamente la Sección I que se menciona con anterioridad, yo, como participante, padre/madre o cuidador de la exención, debo escribir la letra inicial de mi nombre y firmar a continuación para indicar que estoy de acuerdo con el alcance revisado. Comprendo que se me permite solicitar una revisión del alcance de las EMod, VMod o AAT. Si solicito más de una revisión, el pedido del proyecto se rechazará y se cerrará.

Tipo de proyecto (marque uno): EMod VMod AAT

____ Estoy de acuerdo en recibir _____ (baño, rampa, sujeción de sillas de ruedas para vehículos, etc.)
propuestos como se indican en la evaluación escrita proporcionada, revisada, fechada _____ y adjunta en este acuerdo.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del participante (en letra de imprenta)	Firma del participante	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del padre/madre o cuidador (en letra de imprenta)	Firma del padre/madre o cuidador	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del HHCM/C-YES (en letra de imprenta)	Firma del HHCM/C-YES	Fecha