

OPWDD FSS परिवार प्रतिर्पति आवेदन
*** विचार किए जाने के लिए आवेदन परा भरा होना चाहिए ***

1. सुविधा प्राप्तकर्ता का नाम:

1a जन्मतिथि:

1b. टैक्स क्रमांक:

1c. पता (गली/शहर/ज़िप):

1d. काउंटी:

1e. घर में लोगों की संख्या:

2. माता-पिता / रिश्तेदार / अभिभावक का नाम:

2a. माता-पिता / अभिभावक ईमेल:

2b. माता-पिता / अभिभावक फोन नंबर #:

3. देखभाल प्रबंधक का नाम:

3a. देखभाल प्रबंधक का पता (गली/शहर/ज़िप):

3b. देखभाल प्रबंधक का ईमेल:

3c. देखभाल प्रबंधक का फोन नंबर #:

4. वित्तीय मध्यस्थ (यदि लागू हो – नाम/एजेंसी/फोन/ईमेल):

5. निदान – ओ.पी.डब्ल्यू.डी.डी के लिए लागू होने वाले सभी को चुनें

- बौद्धिक विकलांगता ।। अभिघातजन्य मस्तिष्क की चोट अन्य
- स्वलीनता ।। मस्तिष्क पक्षाघात
- मिरगी (दौरे आना) ।। तंत्रिका संबंधी क्षति

6. प्रतिपूर्ति के लिए निवेदित की गई वस्तु(एँ) अथवा सुविधा – कृपया विवरण दें:

कृपया ध्यान दें – कैम्प की प्रतिपूर्ति तभी की जा सकती है यदि उस कैम्प के पास न्यू यॉर्क स्टेट सैनिटरी कोड (10 एन.वाय.सी.आर.आर उपभाग 7 देखें) के अंतर्गत न्यू यॉर्क स्टेट स्वास्थ्य विभाग तथा/अथवा स्थानीय स्वास्थ्य विभाग का परमिट हो।

इस आवेदन में निवेदित कुल राशि:

* क्या यह वस्तु/सुविधा दिशानिर्देशों में दी गई संकट की स्थिति है? कृपया एक का चुनाव करें:

हाँ नहीं

7. क्या आपने फ्लेक्सिबल स्पेन्डिंग अकाउंट समेत प्राथमिक चिकित्सा बीमा या मेडिकेड, मेडिकेयर, अपने स्तर पर, एच.सी.बी.एस छूट – वातावरण परिवर्तन या सहायक तकनीक आदि से अनुदान का प्रयास किया है?

हाँ नहीं **परिणाम**

7a. क्या यह व्यक्ति मेडिकेड में नामांकित है? हाँ नहीं

7b. गृह एवं समुदाय आधारित छूट तथा/अथवा ओ.पी.डब्ल्यू.डी.डी राज्य योजना सेवाओं के माध्यम से आपको कौन सी सुविधाएँ प्राप्त हो रही हैं?

राहत दिवस पुनर्वास साथ रहने वाला/वाली देखभालकर्ता पूर्व-व्यावसायिक सेवाएँ

आवासीय पुनर्वास समर्थित रोजगार समुदाय परिवर्तन सेवाएँ वित्तीय मध्यस्थ व्यक्ति-निर्देशित वस्तुएँ तथा सेवाएँ सपोर्ट ब्रोकरेज

- सहायक तकनीक – अनुकूलन उपकरण समुदाय पुनर्वास वातावरण संबंधी बदलाव
- पारिवारिक शिक्षा एवं ट्रेनिंग गहन व्यवहार सेवाएँ रोजगार का मार्ग
- वाहन रूपांतरण देखभाल समन्वय सेवाएँ बौद्धिक/विकसात्मक विकलांगता वाले व्यक्तियों के लिए संकटकालीन सेवाएँ
- आर्टिकल 16 क्लिनिक

7c. क्या आपके घर में रहने वाले किसी व्यक्ति को सुविधाएँ प्राप्तकर्ता की देखभाल करने के लिए भुगतान मिल रहा है?

हाँ नहीं

8. इस वर्ष आवेदन की गई या प्राप्त की गई सभी प्रतिपूर्ति की सूची दें (आवश्यकता पड़े तो एक पन्ना और जोड़ लें): यह जानकारी देनी **अनिवार्य** है। कृपया ध्यान दें कि अधिकतम \$3000 की कुल राशि की ही प्रतिपूर्ति की जा सकती है। यदि आप एक एजेंसी की आंतरिक सीमा से अधिक की राशि की प्रतिपूर्ति का आवेदन दे रहे हैं और आंशिक प्रतिपूर्ति के लिए एक से अधिक एजेंसियों को आवेदन दे रहे हैं, तो आपको यह नीचे दी गई जगह में लिखना होगा।

एजेंसी	दिनांक	राशि	स्वीकृत	अस्वीकृत	विचाराधीन
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. आवश्यक दस्तावेजों की जाँच सूची (कृपया इस आवेदन के साथ संलग्न करें)

हस्ताक्षर किया हुआ आवेदन, रसीदें/इन्वॉइस (फोटोप्रतियाँ एवं डिजिटल प्रतियाँ स्वीकार्य हैं), राहत सत्यापन फॉर्म (यदि रसीद आंशिक प्रतिपूर्ति के लिए दूसरी एजेंसी को जमा की गई है, तो लिखें कि किस एजेंसी के पास रसीद है।)

यदि आवेदन किसी रोग-संबंधी वस्तु / सेवा के लिए है तो चिकित्सक या विशेषज्ञ की ओर से रोग-संबंधी प्रामाणिकता / पत्र

यदि आपने स्व-निर्देशन के लिए नामांकन किया है, तो हाल ही की स्व-निर्देशन व्यय रिपोर्ट या बजट की प्रति, जो यह प्रमाणित करती हो कि पारिवारिक प्रतिपूर्ति का हिसाब है।

यदि आप किसी देखभाल समन्वय संस्था में नामांकित हैं, तो बिल्कुल हाल ही की जीवन योजना, जिसमें पारिवारिक सहायता सेवाओं की प्रतिपूर्ति का ब्योरा ठीक से दिया गया हो।

10. यह आवेदन व्यक्ति की अक्षमता से सीधे-सीधे कैसे संबंधित है? कृपया एक पन्ना और जोड़ें या नीचे दिए गए स्थान में उत्तर दें। विस्तृत ब्योरा दें और जहाँ उचित हो, न्यायीकरण करें।

वस्तुओं अथवा सुविधाओं के क्लेम के फ़र्जी पाए जाने की स्थिति में, जिस एजेंसी में वह प्रतिपूर्ति आवेदन जमा किया गया था उसे सूचित किया जाएगा (यदि कर्ता की पहचान नहीं होती है तो) और उस आवेदन तथा उसके साथ प्रदान किए गए सभी दस्तावेज़ों की जाँच की जाएगी। क्लेम के फ़र्जी होने की पुष्टि होने की स्थिति में, उस व्यक्ति/परिवार को प्रतिपूर्ति की गई राशि एजेंसी को लौटानी होगी (यदि सुविधा/वस्तु की प्रतिपूर्ति पहले ही कर दी गई है) और एजेंसी और ओ.पी.डब्ल्यू.डी.डी. द्वारा निर्धारित की गई अवधि के लिए भविष्य में उनकी वस्तुओं एवं सेवाओं की प्रतिपूर्ति पर रोक लगा दी जाएगी। प्रतिपूर्ति प्राप्तकर्ता पर एजेंसी और ओ.पी.डब्ल्यू.डी.डी. द्वारा निर्धारित कानूनी कार्यवाही भी की जा सकती है।

परिवार आर.ओ या एफएसएस प्रतिपूर्ति सेवा प्रदाता एजेंसी के पास कभी भी प्रतिपूर्ति आवेदन जमा करा सकते हैं, जो इस पर निर्भर करता है कि उस क्षेत्र में कौन सी संस्था प्रतिपूर्ति कार्यक्रम चला रही है। आवेदन के लिए पारिवारिक प्रतिपूर्ति प्रदाता एजेंसी या व्यक्ति के देखभाल प्रबंधक अथवा देखभाल समन्वयक द्वारा दिया गया फॉर्म इस्तेमाल कर सकते हैं। राशि सिर्फ अनुबंध वर्ष के आधार पर ही उपलब्ध रहती है। कोई भी स्वीकृत प्रतिपूर्ति राशि जिसका उपयोग नहीं हुआ है, प्राप्तकर्ता परिवार के लिए एक वर्ष से अगले वर्ष स्थानांतरित नहीं की जाएगी। स्व-निर्देशन वाले व्यक्तियों के लिए, यह पुष्टि करने के लिए सत्यापन किया जाता है कि एफएसएस कार्यक्रम वर्तमान बजट में शामिल किया गया है। फंडिंग को बजट में शामिल किया जाना इस बात की गारंटी नहीं है कि आवेदन स्वीकृत हो जाएगा। प्रतिपूर्ति आवेदन एफएसएस के दिशानिर्देशों के अनुरूप होने चाहिए। पारिवारिक प्रतिपूर्ति कार्यक्रम प्रदाताओं के पास व्यक्ति, परिवार, मामला प्रबंधक या एडवोकेट आवेदन जमा करा सकते हैं। घटना/खरीद के 90 दिनों के बाद जमा किए गए किसी भी आवेदन पर प्रतिपूर्ति कार्यक्रम प्रदाता के विवेकानुसार निर्णय किया जाएगा। अधूरे आवेदन लौटा दिए जाएँगे तथा भुगतान में विलंब होगा।

***मैंने उपरोक्त कथन पढ़ लिया है और समझता/समझती हूँ कि मेरे प्रतिपूर्ति आवेदन से संबंधित जानकारी ओ.पी.डब्ल्यू.डी.डी. क्षेत्र/जिले के भीतर अन्य एजेंसियों के साथ साझा की जा सकती तथा उनसे प्राप्त की जा सकती है।**

11. फॉर्म पर हस्ताक्षर करने वाले माता-पिता/अभिभावक का नाम:	11a. पूरा करने की तिथि:
11b. माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर:	
* हस्ताक्षर किया हुआ आवेदन जमा किया जाए	
12. यदि देखभाल समन्वयक द्वारा जमा किया जा रहा है, तो समन्वयक का नाम:	12a. देखभाल समन्वय संस्था का नाम:
13. जमा करने की तिथि:	