

Modulo di trasmissione per la determinazione della disabilità dello sviluppo

Per determinare l'idoneità ai servizi OPWDD è necessaria la prova della disabilità dello sviluppo qualificante di una persona. Compila questo modulo e invialo all'ufficio regionale per le disabilità dello sviluppo locale. (Vedi istruzioni a pagina 2)

ALLEGARE: Copie dei documenti che provano una disabilità prima di età 22 anni
 Contatta il tuo DDRO locale se hai domande o hai bisogno di aiuto per compilare questo modulo.
Si prega di digitare o stampare una copia leggibile. Un * indica le informazioni necessarie.

***Sezione 1. Person's Information**

| | | | | | | |
|--------------------------|-------------|----------------------------------|----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| *Nome: | | ID TASTO TAB (se conosciuto): | *SSN: | | | |
| *Data di nascita: | Medicaid #: | *Contea di residenza: | *Genere: | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> X |
| *Indirizzo di residenza: | | Mailing Address (se differente): | | | | |
| *Città: | *Stato: | *CAP: | Città: | Stato: | CAP: | |
| *Telefono: | | *Conosciuto anche come: | | | | |

*Invia informazioni a (Seleziona quanti ne desideri):

1. Sè steso - Residenza
2. Sè steso – Indirizzo postale
3. Genitore/Sostenitore (completare la Sezione 2 G/S1 Nome e indirizzo)
4. Genitore/Sostenitore 2 (completare la Sezione 2 G/S1 Nome e Indirizzo)
5. PASRR Coordinatore

Nota: Non controllare 3 o 4 se il Sostenitore è l'agenzia elencata a Sezione 3.

Sezione 2: Genitori e sostenitori coinvolti – Usa l'indirizzo dove si riceve la posta. Facoltativo a meno che non sia controllato a 3 o 4 sopra

| | | | | | | | |
|------------|--|--------|------------|------|--------|--------|------|
| G/S1 Nome: | | | G/S2 Nome: | | | | |
| Indirizzo: | | | Indirizzo: | | | | |
| Città: | | | Stato: | CAP: | Città: | Stato: | CAP: |
| Telefono: | | Paese: | Telefono: | | Paese: | | |

Sezione 3: Informazioni sull'agenzia di riferimento (se del caso) : Riceve automaticamente le informazioni se completato.

| | | | | |
|---------------------------|--|---------------------|--------|------|
| Nome dell'agenzia: | | | | |
| Codice agenzia (se noto): | | Indirizzo stradale: | | |
| Contatto agenzia: | | | | |
| Telefono: | | Città: | Stato: | CAP: |

***Sezione 4: Controlla i servizi che sei interessato a ricevere se determinato idoneo**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Solo determinazione della disabilità dello sviluppo - Nessun servizio richiesto in questo momento | <input type="checkbox"/> 2. Servizi di supporto personalizzati (ISS) | <input type="checkbox"/> 3. Centro di tregua |
| <input type="checkbox"/> 4. Abilitazione residenziale (IRA) | <input type="checkbox"/> 5. Abilitazione comunitaria | <input type="checkbox"/> 6. Struttura di cura intermedia (ICF) |
| <input type="checkbox"/> 7. Ailitazione diurna | <input type="checkbox"/> 8. Trattamento diurno | |
| <input type="checkbox"/> 9. Servizi pre-professionali | <input type="checkbox"/> 10. Lavoro supportato (SEMP) | <input type="checkbox"/> 11. Cura a casa |
| <input type="checkbox"/> 12. FET - Istruzione e formazione familiare | | |
| <input type="checkbox"/> 13. CSS - Supporti e servizi consolidati | <input type="checkbox"/> 14. Gestione dei casi, ad es. MSC | <input type="checkbox"/> 15. Modifiche ambientali/Dispositivi adattivi |
| <input type="checkbox"/> 16. Art. 16 Clinica | | |

Servizi di supporto alla famiglia:

17. Tregua 18. Altri supporti familiari 19. Valutazione PASRR Livello II
 20. Altro (specificare)

*Completato da (Nome):

*Modulo completato da: 1. Sè stesso 2. Genitore/Sostenitore 3. Agenzia 4. PASRR Coordinatore

*Data:

Quanto segue deve essere compilato solo dal personale DDRO:

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|--|
| Data di ricezione da parte di DDRO: | | Nome del personale di accettazione: | |
| ID TABS della persona #: | Data inserita in TABS: | Da (iniziali): | |

**Istruzioni per la compilazione del
modulo di trasmissione**
Si prega di digitare o stampare chiaramente tutte le informazioni

Istruzioni generali:

Compila questo modulo e invialo al tuo DDRO locale con copie dei documenti. Alla trasmissione devono essere allegate le copie dei documenti comprovanti l'invalidità prima dei 22 anni. Questi saranno utilizzati per la revisione dell'ammissibilità dell'OPWDD. In caso di domande sui tipi di documenti necessari per la revisione dell'idoneità, vedi IDONEITÀ AI SERVIZI OPWDD Fatti importanti. La scheda informativa è disponibile sul sito web dell'OPWDD opwdd.ny.gov o può essere richiesta al DDRO locale.

Istruzioni dettagliate:

Questo modulo di trasmissione può essere compilato da: la persona che vuole sapere se è idonea per i servizi OPWDD, il suo genitore o avvocato, o una persona dell'agenzia che sta aiutando la persona.

Sezione 1: Dati della persona

Nome: Il nome legale della persona; cognome, nome e iniziale del secondo nome
 TASTO TAB ID: Il numero di identificazione TABS della persona, se non registrato, lasciare vuoto
 SS#: Il numero di previdenza sociale della persona a 9 cifre
 Data di nascita: La data di nascita della persona, nel formato mese, giorno, anno (MM/GG/AAAA). (es. 04/03/1998)
 Medicaid #: Il numero di Medicaid della persona.
 Contea di residenza: La contea di residenza dell'individuo. (ad esempio, Kings, Essex)
 Genere: Controllare la casella M per un ragazzo/uomo o la casella F per una ragazza/donna o X per un genere che non è esclusivamente maschile o femminile
 Indirizzo di residenza: L'indirizzo di residenza attuale della persona
 includere la via/strada, il numero dell'appartamento, la città, lo stato e il codice postale.
 Indirizzo postale: L'indirizzo dove la persona riceve la posta, se diverso dall'indirizzo di casa.
 Include the PO box/street/avenue, apartment number, city/town, state, and zip code.
 Telefono: Il numero di telefono della persona, compreso il prefisso.
 Conosciuto anche come: Elencare tutti i nomi (diversi dal nome legale) con cui la persona è conosciuta.
 Includere soprannomi, cognome da nubile, ecc.
 Invia le informazioni a: Contrassegnare con una X la casella che indica dove devono essere inviate le informazioni sulla decisione di idoneità. **Se un genitore o un sostenitore** (diverso dall'agenzia di cui alla sezione 3) deve ricevere informazioni dal DDRO, spuntare le caselle 3 e/o 4 e compilare le parti della sezione 2 dedicate ai genitori/avvocati. Qualsiasi agenzia della sezione 3 riceverà automaticamente le informazioni relative alla decisione di idoneità.

Sezione 2: Genitori o sostenitori coinvolti– Questa sezione è facoltativa a meno che la casella 3 o 4 di "Invia informazioni a" non sia segnata. Se è necessario un solo genitore/avvocato, utilizzare il nome e l'indirizzo P/A1

Nome: Il nome del genitore o del sostenitore: cognome, nome e iniziale del secondo nome.
 Indirizzo di residenza: L'attuale indirizzo di casa del genitore o del sostenitore
 Includere via/via, numero di appartamento, città, stato e codice postale.
 Indirizzo postale: L'indirizzo dove il genitore o il sostenitore riceve la posta, se diverso dall'indirizzo di casa.
 Includere la casella postale o l'indirizzo della via/strada, il numero dell'appartamento, la città, lo stato e il codice postale.
 Telefono: Il numero di telefono del genitore o del sostenitore, compreso il prefisso.

Sezione 3: Informazioni sull'agenzia di riferimento (se applicabile)

Nome dell'agenzia: Nome completo dell'agenzia
 Codice dell'agenzia: Il codice dell'agenzia OPWDD, se noto.
 Contatto dell'agenzia: Nome del personale dell'agenzia da contattare per la determinazione dell'idoneità
 Indirizzo stradale: Inserire l'indirizzo dove il contatto dell'agenzia riceve la posta. Includere la casella postale o l'indirizzo stradale, la città e il codice postale.
 Telefono: Il numero di telefono del contatto dell'agenzia, comprensivo di prefisso ed eventuale interno

Sezione 4: Mettere una X nella casella 1 per l'accertamento della sola disabilità dello sviluppo. Oppure, mettere una X nella casella accanto a ciascun servizio che la persona è interessata a ricevere SE è stata giudicata idonea a ricevere i servizi dell'OPWDD.

NOTA: La trasmissione NON è una richiesta per i servizi.

Completato da: STAMPA in modo leggibile il nome della persona che ha compilato il modulo e la data di compilazione del modulo
 Modulo completato da: Mettere una X nella casella corretta per indicare chi ha compilato il modulo (la persona/ SÈ STESSO, genitore o avvocato, personale dell'Agenzia, o coordinatore PASRR)

***Presentare il modulo compilato e i documenti richiesti al tuo DDRO locale**