Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ХОДАТАЙСТВО О ВКЛЮЧЕНИИ В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ПРОГРАММУ

WAIVER ENROLLMENT REQUEST

ИМЯ КЛИЕНТА	НОМЕР DDD	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДАТА НАПРАВЛЕНИЯ

РЕГИОН	МЕНЕДЖЕР ПО ДЕЛУ	☐ Направление в другую исключительную программу	☐ первичное направление в исключительную

Юридическое основание

WAC 388-845-0045	"Когда существует возможность увеличить число участников исключительной программы, как отдел DDD определяет, кого следует в нее включить?"
WAC 388-845-0050	"Как мне подать ходатайство о включении в исключительную программу?"
WAC 388-845-0070	"По каким критериям определяется, требуется ли мне уровень ухода Учреждения среднесрочного ухода для умственно отсталых (ICF/MR)?"

Ходатайство об изменении назначенных исключительных программ

(заполняется только лицами, являющимися участниками исключительных программ в настоящий момент)

ТЕКУЩИЕ НАЗНАЧЕННЫЕ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ	ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ, О НАЗНАЧЕНИИ КОТОРЫХ ПОДАЕТСЯ ХОДАТАЙСТВО
☐ Basic ☐ Basic Plus ☐ Core ☐ CP	☐ Basic ☐ Basic Plus ☐ Core ☐ CP

Очередность согласно статье WAC 388-845-0045 (заполняется для всех ходатайств)

Выберете только одну очередность (1, 2, 3 или Нет)

☐ 1. Человек в данный момент получает услуги исключительной программы, но просит предоставить ему возможность получать услуги другой исключительной программы для удовлетворения его/ее потребностей.

☐ 2. Представитель группы населения, пользующейся преимущественным правом: (выберите одно из следующих утверждений)

- ☐ Член группы, определенной и финансируемой согласно законодательству;
- ☐ Подвержен непосредственному риску помещения в учреждение ICF/MR из-за невыполнения потребностей в отношении безопасности и здоровья;
- ☐ Представляет опасность для общества;
- ☐ В настоящее время пользуется услугами, финансируемыми только за счет штата.
- ☐ Лица, участвующие в исключительной программе HCBS, которая предоставляет услуги, выходящие за рамки удовлетворения их установленных потребностей в медицинском обслуживании и социальном обеспечении.
- ☐ Лица, ранее участвовавшие в исключительной программе HCBS начиная с апреля 2004 г. и лишившиеся права на участие в исключительной программе в соответствии с WAC 388-845-0060 (9)

☐ 3. Необходимы услуги программы Basic, чтобы обеспечить дальнейшее пребывания дома в семье.

☐ Нет Не соответствует ни одному из вышеуказанных требований.

Право на помещение в учреждение ICF/MR согласно WAC 388-845-0050

(заполняется для всех ходатайств)

☐ Признан (а) соответствующим (ей) требованиям потребности в уходе учреждения уровня ICF/MR в соответствии с 15-168 или 15-170A.

☐ Не соответствует требованиям потребности в уходе учреждения уровня ICF/MR. **ВНИМАНИЕ! НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ФОРМУ ДАЛЕЕ, ЕСЛИ ЛИЦО НЕ ИМЕЕТ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ УЧРЕЖДЕНИЯ ICF/MR.**

Определите особые целевые критерии участия в исключительной программе, которые отражают потребности данного лица (заполняется для всех ходатайств)

Программа Basic Waiver	☐ Живет с семьей или в собственном доме. ☐ Имеет хорошо развитую собственную поддержку. ☐ Существует риск для возможности семьи/опекуна продолжать уход за данным лицом, но предоставление ухода может быть продолжено при условии оказания дополнительных услуг. ☐ Не требуются услуги учреждения постоянного пребывания за пределами дома.
Программа Basic Plus Waiver	☐ Живет с семьей или в других условиях при наличии помощи, но существует высокий риск помещения для проживания вне дома или прекращения текущих условий проживания. ☐ Нуждается в том, чтобы жить в семейном доме для совершеннолетних лиц или в учреждении, предоставляющем уход за совершеннолетними лицами с постоянным проживанием. ☐ Требуется более 6500 долларов в год на оплату услуг по программе дневного обслуживания.
Программа Core Waiver	☐ Требуются услуги по адаптации в учреждении постоянного проживания, предоставляемые вне родительского дома. Или ☐ Живет в доме семьи/родителей, но существует непосредственный риск помещения для проживания вне дома,
Программа Сщььгтшен Protection Waiver	☐ Живет или переезжает для жизни в обществе. И ☐ Требуется круглосуточное непосредственное наблюдение персонала для обеспечения безопасности окружающих. И ☐ Требуется лечение и/или другие услуги по адаптации. И ☐ Соответствует критерию DDD "защита общества".

Рекомендованный срок предоставления ответа центрального офиса
(срок отражает критическую потребность в услугах исключительной программы)

- ☐ Срочно (**<24** часов) Клиент в непосредственной опасности и не имеет поддержки.
- ☐ В течение **30** дней. Может лишиться существующей в настоящий момент поддержки в течение **30** дней.
- ☐ Не срочно.
- ☐ Другое (пояснить):

Текущая ситуация в плане проживания

- ☐ Бездомный
- ☐ Собственный дом без оплачиваемой или с неоплачиваемой поддержкой
- ☐ Свой дом с недостаточной поддержкой по месту проживания.
- ☐ Ребенок, проживающий с родителем/семьей/опекуном
- ☐ Взрослый, проживающий с престарелым родителем (65 лет и старше)
- ☐ Взрослый, проживающий с лицом, не являющимся родственником
- ☐ Психиатрическая больница
- ☐ Медицинское учреждение
- ☐ Тюрьма/исправительное учреждение
- ☐ Ребенок в возрасте до 22 лет в семейном приюте/коллективном доме, не относящемся к отделу DDD
- ☐ Другое:

Региональный администратор

- ☐ Рекомендовано утверждение
- ☐ Рекомендован отказ

Примечания:

Региональный администратор или уполномоченное должностное лицо	ДАТА

Утверждение центрального офиса

- ☐ Утверждено
- ☐ Отказано

Примечания:

Руководитель исключительной программы или уполномоченное должностное лицо	ДАТА

NEW WAIVER REFERRAL - FOR CENTRAL OFFICE USE ONLY
(только для заполнения центральным офисом)

RECOMMENDED WAIVER ASSIGNMENT ☐ Basic ☐ Basic Plus ☐ Core ☐ CP

DISTRIBUTION: Client File, Waiver Program Manager (MS: 45310)

Instructions

1. Complete this form when requesting waiver assignment for an individual who is:
   - In a DDD waiver but needs the services of a different waiver;
   - Requesting to be on a waiver after March 31, 2004.

2. The referral date for requests after March 31, 2004 is the date of the request.

3. For persons who requested to be on the CAP waiver prior to April 1, 2004, use their original request date as the referral date.

4. Determine if the person meets one of the priority populations. If the person meets one of the listed priority consideration populations, determine if the person has ICF/MR level of need per the 15-168 or 15-170A form.

5. Proceed to complete the form only if the person meets both conditions.

6. Provide the essential information about the individual's living circumstances and emergent needs.

7. If the person is found ineligible to have their waiver enrollment request entered into the database, consult with your designated regional staff person to review the information and confirm the decision of ineligibility.

8. Once the Regional Administrator has reviewed the request, and either gives their approval or denial, he/she would sign the form and retain a copy, as evidence that their signature is on file.

9. Notification:
   A. For persons whose waiver enrollment requests are documented in a statewide database:
      (i) The person/family will be notified by a department approved letter;
      (ii) The case manager will be notified by e-mail.

   B. For persons determined ineligible to be placed on the database:
      (i) The case manager is responsible to send the HCBS Waiver Enrollment Request Notice of Denial form (DSHS 15-283).
      (ii) The form includes appeal rights to this denial based on WAC 388-845-0050.
      (iii) The client/family can appeal per the following rules:
         - WAC 388-845-0045 contains the criteria for "priority considerations".
         - WAC 388-845-0070; 0075; 0080; 0085; 0090; 0095 is the criteria for determining ICF/MR level of care.