

**PILNA POTRZEBA USŁUG OPIEKI OSOBISTEJ / USŁUG
POMOCY OSOBISTEJ DLA KONSUMENTÓW**

Jeśli uważasz, że pilnie potrzebujesz usług opieki osobistej (PCS) lub usług pomocy osobistej dla konsumentów (CDPAS), takich jak prowadzenie domu, przygotowywanie posiłków, kąpanie lub pomoc w korzystaniu z toalety, Twoje uprawnienia do korzystania z tych usług mogą zostać rozpatrzone w krótszym czasie, jeżeli spełniasz następujące warunki:

- nie masz nieformalnych opiekunów, którzy są dyspozycyjni, mogą i chcą zapewnić opiekę lub nadal ją zapewniać;
- nie korzystasz z pomocy z agencji usług opieki domowej;
- nie korzystasz z przystosowanych lub specjalistycznych urządzeń i materiałów, które zaspokajają Twoje potrzeby; i
- nie masz ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej ani świadczeń Medicare, aby zapłacić za potrzebną pomoc.

Jeżeli nie masz jeszcze ubezpieczenia Medicaid, a spełniasz powyższe warunki, możesz zwrócić się o szybsze rozpatrzenie wniosku o ubezpieczenie Medicaid, przesyłając: uzupełniony wniosek o ubezpieczenie zdrowotne – dostęp do opieki zdrowotnej w Stanie Nowy Jork (DOH-4220); suplement A – dostęp do opieki zdrowotnej w Stanie Nowy Jork (DOH-5178A), jeżeli potrzeba; skierowanie od lekarza (DOH-4359 lub HCSP-M11Q) lub zaświadczenie lekarza o potrzebie (DOH-5779) otrzymywania usług (patrz UWAGA poniżej); oraz podpisane „Oświadczenie o pilnej potrzebie” (strona 3 niniejszej informacji).

Jeżeli masz już ubezpieczenie Medicaid, którego zakres nie obejmuje usług społecznościowej opieki długoterminowej, musisz przesłać uzupełniony suplement A – dostęp do opieki zdrowotnej w Stanie Nowy Jork (DOH-5178A); skierowanie od lekarza (DOH-4359 lub HCSP-M11Q) lub zaświadczenie lekarza o potrzebie (DOH-5779) otrzymywania usług (patrz UWAGA poniżej); oraz podpisane „Oświadczenie o pilnej potrzebie” (strona 3 niniejszej informacji).

Jeżeli masz już ubezpieczenie Medicaid, którego zakres obejmuje usługi społecznościowej opieki długoterminowej, musisz przesłać skierowanie od lekarza (DOH-4359 lub HCSP-M11Q) lub zaświadczenie lekarza o potrzebie (DOH-5779) otrzymywania usług (patrz UWAGA poniżej); oraz podpisane „Oświadczenie o pilnej potrzebie” (strona 3 niniejszej informacji).

UWAGA: jeżeli nie masz 18 lat, musisz mieć formularz skierowania od lekarza (DOH-4359 lub HCSP-M11Q). Jeżeli masz 18 lat lub więcej, możesz mieć albo formularz zaświadczenia lekarza o potrzebie (DOH-5779) lub skierowanie od lekarza (DOH-4359 lub M11Q).

Jeżeli nie masz jeszcze ubezpieczenia Medicaid albo masz ubezpieczenie Medicaid, którego zakres nie obejmuje usług społecznościowej opieki długoterminowej: wszystkie wymagane formularze (patrz właściwa lista powyżej) muszą zostać wysłane do lokalnego biura opieki społecznej albo, jeśli mieszkasz w mieście Nowy Jork, do Human Resources Administration (Wydział Zasobów Ludzkich, HRA). Po otrzymaniu wszystkich tych formularzy biuro opieki społecznej / HRA jak najszybciej upewni się, że zostały przesłane wszystkie informacje niezbędne do ustalenia, czy kwalifikujesz się do ubezpieczenia Medicaid. Jeżeli będą potrzebne dalsze informacje, otrzymasz w terminie czterech dni od dnia wpływu tych wymaganych formularzy pismo z prośbą o uzupełnienie brakujących informacji. W tym piśmie będą wskazane dokumenty lub informacje, które musisz dostać i termin dostania tych informacji. W terminie maksymalnie 7 dni od otrzymania niezbędnych informacji biuro usług społecznych / HRA musi poinformować Cię, czy kwalifikujesz się do ubezpieczenia Medicaid. W terminie maksymalnie 12 dni od otrzymania wszystkich niezbędnych informacji biuro usług społecznych / HRA ustali, czy możesz korzystać z usług PCS lub CDPAS, jeżeli okaże się, że kwalifikujesz się do ubezpieczenia Medicaid. Nie możesz korzystać z opieki domowej w ramach Medicaid, jeżeli okaże się, że nie kwalifikujesz się do Medicaid. Jeżeli okaże się, że kwalifikujesz się do Medicaid oraz usług PCS lub CDPAS, biuro usług społecznych / HRA powiadomi Cię i otrzymasz opiekę domową tak szybko, jak to będzie możliwe.

Jeżeli masz już ubezpieczenie Medicaid, którego zakres obejmuje usługi społecznościowej opieki długoterminowej: skierowanie od lekarza (DOH-4359 lub HCSP-M11Q) lub zaświadczenie lekarza o potrzebie (DOH-5779) oraz podpisane oświadczenie o pilnej potrzebie muszą zostać przesłane do lokalnego biura usług społecznych lub HRA. W terminie maksymalnie 12 dni od otrzymania tych wymaganych formularzy biuro usług społecznych / HRA ustali, czy możesz korzystać z usług PCS lub CDPAS. Jeżeli okaże się, że kwalifikujesz się do usług PCS lub CDPAS, biuro usług społecznych / HRA powiadomi Cię i otrzymasz opiekę domową tak szybko, jak to będzie możliwe.

Niezbędne formularze można otrzymać w lokalnym wydziale usług społecznych lub wydrukować ze strony internetowej Department of Health: http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#apply

**Oświadczenie o pilnej potrzebie usług opieki osobistej/usług
pomocy osobistej dla konsumentów**

Ja, _____ (imię i nazwisko)

potwierdzam, że pilnie potrzebuję usług opieki osobistej lub usług pomocy osobistej dla konsumentów.

Ponadto potwierdzam, że:

- nie ma nieformalnych opiekunów, którzy są dyspozycyjni, mogą i chcą zapewnić mi potrzebną pomoc lub nadal ją zapewniać;
- żadna agencja usług opieki domowej nie zapewnia mi potrzebnej pomocy;
- nie korzystam z przystosowanych lub specjalistycznych urządzeń i materiałów, takich jak między innymi sedesy pokojowe, kaczki sanitarne, balkoniki lub wózki inwalidzkie, które zaspokajałyby moją potrzebę pomocy, albo nie mogą jej zaspokoić; i
- nie mam ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej ani świadczeń Medicare, aby zapłacić za potrzebną pomoc.

Zaświadczam, że zgodnie z moim stanem wiedzy informacje zawarte w niniejszym formularzu są poprawne i kompletne.

PODPIS WNIOSKODAWCY/PRZEDSTAWICIELA

DATA ZŁOŻENIA PODPISU

Osoby otrzymujące usługi opieki długoterminowej w domu opieki lub w szpitalu

Jeżeli korzystasz z usług opieki długoterminowej w domu opieki lub szpitalu i zamierzasz wrócić do domu, Twoje uprawnienia do korzystania z usług opieki osobistej lub usług pomocy osobistej dla konsumentów mogą zostać rozpatrzone w krótszym czasie. Postępuj zgodnie ze wskazówkami podanymi na poprzedniej stronie i uzupełnij informacje, o które pytamy poniżej.

Przebywam w domu opieki lub szpitalu i mam termin powrotu do domu wyznaczony na dzień

DATA

Proszę skontaktować się ze mną lub moim przedstawicielem prawnym, dzwoniąc pod numer telefonu _____ .