

儿童豁免计划参与者：权利与责任

请仔细阅读本文件。以下是您作为儿童豁免计划 (Children's Waiver) 参与者的权利。以下是您接受家庭与社区服务 (Home and Community Based Services, HCBS) 和护理管理服务 (Care Management Services) 所应尽的责任。

重要信息

- 您的护理管理员将向您说明其职责，并指导您进行 Children's Waiver 资格确定和注册。
- 您的护理管理员会每月与您会面。会面方式将视您的需求以面对面或电话的形式进行。
- 您必须持续每月接受 HCBS，方可保持注册状态以获得豁免服务。

参与者/家庭责任

- 了解您的下述权利。
- 获悉您有资格获得的服务。
- 按时参加所有面谈。如果您无法按时赴约或可能迟到，请尽早告知您的提供者。
- 提供有关您生活中任何变化的准确、更新的信息。
- 一年一次或当您的生活发生重大变化时参与 HCBS 的资格评估。
- 积极参与制订护理计划 (Plan of Care) 并帮助选择可满足您需求的服务——并坚持履行您在计划中的责任。
- 将书面同意书交予您的护理管理员，授权其与您的护理提供者协作。
- 在有不清楚的地方或需要支援时寻求帮助。

请访问以下网址，找到您主要 Health Home 的联系方式：

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/hh_map/index.htm

您拥有选择的自由

您的护理管理员必须向您提供有关您可以选择的护理类型的信息。

- 您可以选择 HCBS 或机构，如医院、疗养机构或疗养院。
- 如果您选择机构，您将无法获得 HCBS。
- 如果您选择 HCBS，您必须通过 Health Home 或儿童与青年评估服务 (Children and Youth Evaluation Services, C-YES) 参加护理管理。
 - Health Home 将提供综合护理管理，与您选择的所有服务提供者合作。
 - C-YES 将仅帮助您管理 HCBS 儿童豁免服务。
- 如果您选择 Health Home，您可选择您所在地区的 Health Home/护理管理机构。
- 您可选择您的服务提供者。您的护理管理员将向您提供您所在地区的服务提供者列表。您的护理管理员可帮助您选择最能满足您需求的提供者。
- 您可能会从不同机构或同一所机构获得服务和护理管理。如果您接受超过一项服务，您可以就所有服务与同一名提供者合作，或可以就每一项服务选择不同的提供者。如果您选择同一所机构提供超过一项服务，请知晓：该机构必须为您谋取最大利益、确保无利益冲突，并继续让您拥有对服务和提供者选择权。
- 您应选择最适合您的护理管理员和服务提供者。

您的护理管理员将向您说明您所拥有的选项并与您一同核阅**自由选择表格 (Freedom of Choice Form)**。您需要签署此表以确认您的选择。

您有权自行决定您所接受的护理。

您有权投诉

如果您需要投诉任何服务或提供者，您可以联系：

- 您的 HCBS 提供者
- 您主要的 Health Home
- C-YES
- 您的 Medicaid 管理式护理计划 (Medicaid Managed Care Plan)
- NYS Department of Health 管理式护理投诉专线：**1-800-206-8125** 或
- 电子邮箱：managedcarecomplaint@health.ny.gov

您的护理管理员或 Medicaid 管理式护理计划会告知您投诉方式。您可以进行口头或书面投诉。如果您提出投诉，您仍然有权申请召开公平听证会。

您有权报告虐待行为

如果您怀疑某名儿童/青年正遭受虐待或粗暴对待，请拨打**纽约州儿童虐待与粗暴对待登记中心热线 (Central Register of Child Abuse and Maltreatment Hotline): 1-800-342-3720**。热线 24 小时均可拨打。欲了解更多信息，请访问儿童与家庭服务办公室 (Office of Children and Family Services) 网站：<https://ocfs.ny.gov/ohrd/ccg/>。如遇紧急情况，请致电 911 或当地警方。

您有权申请召开会议

您将收到一封书面决定通知书 (Notice of Decision, NOD)，内容是关于儿童豁免计划的资格与参与。如果您收到 NOD，但您不同意该决定，您可申请召开会议。NOD 第一页会有申请召开会议的电话号码。如果您想申请召开会议，您应在 **60 天** 的期限之内尽早提出申请。会议期间，您将与您的护理团队会面以讨论决定。如果决定更改，您将收到书面通知。如果您申请召开会议，您仍然有权申请召开公平听证会。

如果提供者更改您的服务，而您不同意更改或者如果您对服务提供者不满，您可与护理管理员一起解决该问题。

您有权申请召开公平听证会

如果您收到决定通知书 (NOD) 但您反对该决定，您可申请召开公平听证会。公平听证会让您有机会告知评审您反对该决定的原因。即便您尚未提出投诉，您也可以申请召开公平听证会。

自收到 NOD 之日起，您有 **60 天** 的时间申请召开公平听证会。为保证您在等待召开公平听证会期间继续获得服务，您须在 **10 天** 内交回 NOD (NOD 内附说明)。如果评审裁定 NOD 无误，您可能须支付您在收到 NOD 后接受的服务之费用。

如需更多有关公平听证会权利的信息，请参阅决定通知书。如需详细了解如何申请召开公平听证会，请访问：<https://otda.ny.gov/hearings/request/>

****如果您想了解更多来自网站的信息并需要帮助来获取此类信息，请告知您的护理管理员，他们会将其打印出来供您阅读。**

如需更多有关儿童豁免计划的信息，请访问：

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/behavioral_health/children/info.htm