|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00046R (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |

**РЕГИСТРАЦИЯ В ПРОГРАММЕ FAMILY CARE (СЕМЕЙНЫЙ УХОД)**

**ИНСТРУКЦИИ И ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**(FAMILY CARE PROGRAM ENROLLMENT   
INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)**

Заполнение этой формы является добровольным; однако эта форма должна быть заполнена, если Вы желаете зарегистрироваться в программе Family Care (Семейный уход). Если вы хотите подать заявку на участие в этой программе, вы должны обратиться в местный Aging and Disability Resource Center (ADRC) - (ресурсный центр по проблемам старения и инвалидности) или, если вы являетесь членом племени, вы также можете обратиться к вашему Tribal Aging and Disability Resource Specialist (ADRS) - (специалисту по ресурсам старения и инвалидности племени). Контактная информация местных центров ADRC и ADRS племени можно найти на веб-сайте [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).

**КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭТУ ФОРМУ**

1. Перед подписанием формы прочтите раздел Важная информация и все инструкции. Если Вам нужна информация на другом языке или в другом формате, пожалуйста, обратитесь в Ваш местный центр ADRC или ADRS племени.
2. Только физическое лицо, его или ее законный опекун, опекун или действующее по доверенности лицо могут подписать эту форму.

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

* Подписание этой формы не гарантирует Ваше право на участие в программе Family Care (Семейный уход).
* После подписания этой формы Вы можете принять решение не регистрироваться в программе.
* Регистрация в программе Family Care (Семейный уход) является добровольной, и Вы можете отказаться от нее в любое время.
* Изменения в Вашем состоянии здоровья и финансовом положении могут повлиять на Ваше право участия в этой программе. При возникновении таких изменений обсудите это с Вашим менеджером по медицинскому обслуживанию Вашей managed care organization (организации медицинского обслуживания) (MCO) или менеджером по медицинскому обслуживанию Вашего племени, если это применимо.

**ПОДПИСАНИЕ ДАННОЙ ФОРМЫ**

Я понимаю, что моя подпись (или подпись моего законного опекуна, попечителя или лица, действующего по доверенности) на этой форме означает, что я прочитал(а) и понял(а) содержание этой формы, включая информацию о дате регистрации и обеспечении выбора ниже. Я подтверждаю, что все мои ответы являются полными, насколько мне известно. Я понимаю, что, если я намеренно скрываю информацию или предоставляю ложную информацию в этой форме, меня могут исключить из программы. Я понимаю, что моя подпись разрешает центру ADRC или ADRS племени разгласить мою информацию нижеследующим агентствам:

* Managed Care Organization (Организации медицинского обслуживания) (MCO)
* Другому центру ADRC или ADRS племени
* Племени, к которому я принадлежу, если предоставлено
* Агентству по поддержанию доходов
* Medicaid
* Medicare
* Поставщикам услуг и их уполномоченным представителям в целях обеспечения моих медицинских услуг.

**ЗАПРОШЕННАЯ ДАТА РЕГИСТРАЦИИ**

Вы можете выбрать дату, с которой Вы желаете зарегистрироваться в программе. Однако регистрация не может произойти до даты:

* получения центром ADRC или ADRS племени данной подписанной формы.
* Вашего соответствия всем функциональным и финансовым требованиям на право участия.

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫБОРА**

Основная цель программы Family Care (Семейный уход) заключается в помощи в получении Вами услуг, необходимых для проживания по возможности в собственном доме или сообществе.

**ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

В соответствии с законодательством штата Висконсин Wis. Stat. § 49.45(4), Ваша информация, позволяющая установить личность, сохраняется конфиденциальной и используется только для непосредственного внедрения программы Family Care (Семейный уход).

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ**

**Раздел I**

* «Округ постоянного проживания» (County of Residence) означает округ, в котором Вы фактически проживаете.
* «Административный округ, ответственный за медицинское обслуживание» (County of Responsibility) означает округ, ответственный за предоставление психиатрических и других услуг.
* «Улица и номер дома постоянного проживания» (Permanent Street Address) означает адрес места Вашего фактического проживания.

**Раздел II**

Этот раздел будет заполняться, если Вы имеете законного опекуна, попечителя или лицо, действующее по доверенности, или уполномоченного представителя программы Medicaid.

**Раздел III**

Пожалуйста, предоставьте для неотложных ситуаций контактную информацию друга или родственника, с которым мы можем связаться при неотложной ситуации.

**Раздел IV**

Этот раздел будет заполнен при необходимости.

**Раздел V**

Требуется Ваша подпись или подпись законного опекуна, попечителя или лица, действующего по доверенности. Если Вы подписываетесь пометкой, требуются две подписи свидетелей. Если Вы физически не можете подписаться, Вы можете поручить взрослому подписать форму в присутствии двух свидетелей. Человек, который подписывается от вашего имени, должен указать, что он подписывается по указанию заявителя.

ADRC или ADRS племени должен сохранять оригинал подписанной формы о регистрации или электронную скан-копию подписанной формы в течение 10 лет на тот случай, если документы будут запрашиваться.

**РЕГИСТРАЦИЯ В ПРОГРАММЕ FAMILY CARE (СЕМЕЙНЫЙ УХОД)**

**CIP**

**ИНСТРУКЦИИ**: Прочитайте все инструкции перед подписанием этой формы.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **РАЗДЕЛ I – ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя физического лица (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата рождения | | | | | | |
| Текущее семейное положение  (отметить только одну клетку)  Не в браке  В браке  Вдова или вдовец | | | | | | | | | Если в настоящее время состоит в браке, полное имя супруга/ супруги (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес | | | | | Город | | | | | | | | | | | | | | | | | Штат | | | | | Почтовый индекс | | |
| Номер телефона | | | Округ постоянного проживания | | | | | | | | | | | | | | Ответственный округ | | | | | | | | | | | | |
| Американский индеец или уроженец Аляски  Да  Нет | | | | | | | | Принадлежность к Американским индейцам/уроженцам Аляски | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес электронной почты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Улица и номер дома постоянного проживания (если отличаются от указанных выше) | | | | | | | | | | | | | Город | | | | | | | | | Штат | | | | | | Почтовый индекс | |
| Название учреждения - отметьте тип: | | NH  ICF-IID  CBRF  AFH  RCAC | | | | | | | | | | | | | Дата поступления в Дома престарелых/ Учреждение промежуточного ухода для лиц с ограниченными интеллектуальными возможностями (NH/ICF-IID) | | | | | | | | | | | | | | |
| Улица и номер дома учреждения (если отличаются от указанных выше) | | | | | | | | | | Город | | | | | | | | | | | | Штат | | | | | | Почтовый индекс | |
| **РАЗДЕЛ II – АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ЛИЦО, УПОЛНОМОЧЕННОЕ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас законный опекун?  Да  Нет  Тип:  Опекун лица  Опекун наследственного имущества  Опекун лица и наследственного имущества | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя опекуна (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес Улица и номер дома | | | | | | | | | | Город | | | | | | | | | | | | Штат | | | | | | Почтовый индекс | |
| Есть ли у Вас законный опекун?  Да  Нет  Тип:  Опекун лица  Опекун наследственного имущества  Опекун лица и наследственного имущества | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя опекуна (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес Улица и номер дома | | | | | | | | | | Город | | | | | | | | | | | | Штат | | | | | | Почтовый индекс | |
| Имеется ли у Вас действующая Power of Attorney for Finance and Property (доверенность для финансов и собственности) (POAF)?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя POAF (имя, второй инициал, фамилия) | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес Улица и номер дома | | | | | | | | | | Город | | | | | | | | | | | | Штат | | | | | | Почтовый индекс | |
| Имеется ли у Вас действующая Power of Attorney for Health Care- (доверенность для здравоохранения) (POAHC)?  Да — Дата вступления в силу:        Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя POAHC (имя, второй инициал, фамилия) | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес Улица и номер дома | | | | | | | | | | Город | | | | | | | | | | | | Штат | | | | | | Почтовый индекс | |
| Есть ли у Вас попечитель?  Да — Дата назначения попечителя        Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя попечителя (имя, второй инициал, фамилия) | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес Улица и номер дома | | | | | | | | | | Город | | | | | | | | | | | | Штат | | | | | | Почтовый индекс | |
| Есть ли у Вас уполномоченный представитель программы Medicaid в качестве назначенного лица в форме DHS [F-10126A](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126a.pdf) или [F-10126B](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf)   Да — Дата подписания:        Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя уполномоченного представителя программы Medicaid (имя, второй инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | | | | | Округ постоянного проживания | | | |
| Почтовый адрес Улица и номер дома | | | | | | | | | | | Город | | | | | | | | | | | Штат | | | | | | Почтовый индекс | |
| **РАЗДЕЛ III – ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Укажите имя друга или родственника, с которыми мы можем связаться при неотложной ситуации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя контактного лица  (имя, второй инициал, фамилия) | | | | Номер телефона днём | | | | | | | | | | | | | | | | | Номер телефона вечером | | | | | | | | |
| Степень родства с Вами | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **РАЗДЕЛ IV – ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас в настоящее время медицинское страхование, такое как медицинское страхование, предоставляемое работодателем, частное страхование, льготы Управления по делам ветеранов (VA), TRICARE или медицинское страхование федерального работника?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название и адрес страховой компании | | | | | | | | | | | | | | | | Полис или идентификационный номер | | | | | | | | | | | | | |
| Номер группы | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас в настоящее время страховое покрытие рецептурных лекарственных средств?   Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название страхового покрытия | | | | | | | | | | Полис или идентификационный номер | | | | | | | | | | | | | | Номер группы | | | | | |
| Получаете ли Вы пособия системы социального страхования?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Получаете ли Вы пособие Railroad Retirement Board (RRB) - (Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников)?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Для лиц, имеющих право на программу Medicare**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата вступления в силу: (месяц/день/год) | | | | | | | | | | | |
| Полное имя бенефицианта (имя, средний инициал, фамилия): | | | | | | | | | | | | | | | | | | **СТРАХОВАНИЕ БОЛЬНИЧНЫХ РАСХОДОВ (ЧАСТЬ A)** | | | | | | | | | | | |
| Medicare Beneficiary Identifier (Идентификатор бенефицианта программы Medicare) (MBI): | | | | | | | | | | | | | | | | | | **СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ (ЧАСТЬ B)** | | | | | | | | | | | |
| **РАЗДЕЛ V – ВЫБОР РЕГИСТРАЦИИ И ПОДПИСЬ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Регистрация в:  Family Care (Семейный уход) | | | | | | | Название MCO (организации управляемого ухода): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Менеджмент медицинского обслуживания племени по программе Family Care (Семейный уход), если выбран:  Menominee  Oneida | | | | | | | | | | Название MCO (организации управляемого ухода): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся), настоящим заявляю о своем намерении и настоящим согласен (согласна) зарегистрироваться в указанной выше программе Family Care (Семейный уход).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ –** Лицо | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **ПОДПИСЬ** – Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Для использования только офисом ADRC или ADRS племени** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC или племя: | | | | | | | | | Округ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Сотрудник ADRC или ADRS племени: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Номер телефона: | | | | | | | | | | | |
| Адрес электронной почты: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Информация о дате регистрации:  Фактическая дата регистрации:  Ожидаемая дата регистрации: срочные услуги  Дата регистрации на рассмотрении: соглашение о предварительном разрешении  Дата регистрации на рассмотрении: перевод в другое агентство при переезде. | | | | | | | | | | | | | Программа:  Family Care | | | | | | | | | | | Подтвердите дату окончания обслуживания HMO, если это применимо: | | | | | |
| Статус регистрации в FHiC:  Дата регистрации в FHiC  Дата регистрации не указана в FHiC в ожидании регистрации в системе MA или IRIS. MCO не обновляет LTCFS до подтверждения регистрации в FHiC. | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Участник программы Medicaid   Да  Нет  Идентификационный номер программы Medicaid:  Язык уведомления для CARES:  Английский  Испанский | | | | | Уровень ухода (LOC)  Проверьте назначенный NH/NNH LOC в левом столбце, а затем проверьте соответствующий нарушению развития (DD) LOC в правом столбце. Должны быть отмечены максимум два поля.   |  |  | | --- | --- | | Выберите 1 | Выберите 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF  NNH | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Целевая группа:  FE  ID/DD  PD | | | | | |
| Лицо в настоящее время зарегистрировано в программе Children’s Waiver (Программа долгосрочной поддержки детей) (CLTS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя и фамилия сотрудника программы CLTS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Округ | | | | | | | | | | |
| Номер телефона | | Адрес электронной почты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Распространение заполненной формы: | | Лицо, его законный опекун, доверительный управляющий или поверенный (должна быть действующая нотариальная доверенность)  Выбранная MCO  Поддержание доходов, если применимо  Племя, если применимо  Сотрудник CLTS, если применимо | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |