|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN** **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-00075SE (02/2024) |  | **CIP** |
| **Ovlaštenje IRIS (include, respect, I self-Direct) (IRIS (uključi, poštuj, ja-samousmjerenje))(IRIS (INCLUDE, RESPECT, I SELF-DIRECT) AUTHORIZATION)** |
| Popunjavanje i stavljanje potpisa na ovaj obrazac je dobrovoljno; međutim, nikakva preporuka za upis ili prijenos unutar programa IRIS ne može biti obrađena bez popunjenog potpisanog obrasca. Ako se želite prijaviti na ovaj program, morate se obratiti lokalnom aging and disability resource center (resursnom centru za starenje i invalidnost) (ADRC) ili svom plemenskom lokalnom Aging and Disability Resource Specialist (resursnom specijalisti za starenje i invalidnost) (ADRS). Kontakt informacije lokalnih ADRC-ova ili plemenskih ADRS-ova možete pronaći na [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).Obrazac ovlaštenja IRIS (F-00075) ima višestruke funkcije i mora biti priložen uz sve preporuke za upis ili prijenos u okviru programa IRIS. Sve unijete informacije moraju biti potpune i tačne. Potreban je vaš potpis ili potpis vašeg zakonskog staratelja, skrbnika ili opunomoćenika. Ako se potpišete oznakom, potrebna su dva potpisa svjedoka. Ako fizički niste u mogućnosti da potpišete, možete uputiti odraslu osobu da potpiše obrazac pred dva svjedoka. Osoba koja potpisuje u vaše ime treba naznačiti da potpisuje po uputstvu podnosioca zahtjeva.Aging and Disability Resource Center (Resursni centar za starenje i invalidnost) (ADRC) ili Tribal Aging and Disability Resource Specialist (osoblje Plemenskog specijalista resursa za starenje i invalidnost) (ADRS) popunjava i šalje IRIS consultant agency (IRIS-ovoj konsultantskoj agenciji) (ICA). ADRC ili plemenski ADRS mora čuvati obrazac ovlaštenja IRIS s originalnim potpisom ili elektronski skenirani primjerak potpisanog obrasca, deset godina za slučaj zahtjeva za uvid u evidenciju. |
| **I. INFORMACIJE O PREPORUCI—** Referentni agent (ADRC ili Plemenski ADRS) popunjava **sva** polja u ovom odjeljku. |
| Datum – ICA dodijeljen pristup za LTCFS samo za čitanje      | Datum – Preporuka za ICA      |
| **Informacije o učesniku** |

| Ime (prezime, ime, MI)      | Datum rođenja      | Okrug prebivališta      |
| --- | --- | --- |
| Starosjedilac Amerike/Starosjedilac Aljaske[ ]  Da [ ]  Ne | Pripadnost starosjedilac Amerike/starosjedilac Aljaske: |
| Adresa      | Grad      | Poštanski broj      |
| Broj telefona      | Adresa e-pošte      | Najbolje vrijeme za kontakt      |
| Utemeljeno starateljstvo[ ]  Da [ ]  Ne | Aktivirani Power of Attorney for Health Care (opunomoćenik za zdravstvenu njegu)[ ]  Da [ ]  Ne | Aktivirani Power of Attorney for Finance (opunomoćenik za financije)[ ]  Da [ ]  Ne |
| Ime – staratelj / POA kontakt      |
| Broj telefona – staratelj / POA      | Najbolje vrijeme za kontakt      |
| Ustanovljena podobnost za Medicaid (samo početna preporuka)[ ]  Da [ ]  Ne [ ]  Medicaid na čekanju | Medicaid ID br:       |
| Medicare ili drugo osiguranje (samo početna preporuka)[ ]  Da [ ]  Ne | Jezik za CARES obavijest:[ ]  Engleski [ ]  Španski |
| Ime korisnika (ime, MI, prezime)      | Medicare Beneficiary Identifier (Identifikator korisnika programa Medicare) (MBI)      |
| Iznos udijela u mjesečnim troškovima (samo početna preporuka) |
| $ |       | (unesite 0 ako nema udjela u troškovima) |
| SSI-E (samo početna preporuka) |
| [ ]  Prima [ ]  Ne ispunjava uslove [ ]  Odbijen |
| Osoba je trenutno upisana (provjerite samo jednu) |
| [ ]  Nema prethodnog programa | [ ]  HMO upravljana njega |
| [ ]  Porodična njega / PACE/Partnerstvo MCO—Specificirajte MCO ime:       |
| [ ]  IRIS—Specificirajte ICA ime:  |       |
| [ ]  Children’s Waiver (dječje odricanje) (CLTS) Popunite kontakt informacije u nastavku. |
| Ime – CLTS radnik      | Okrug      |
| Broj telefona      | Adresa e-pošte      |
| **Drugether odgovarajuće informacije** (Označite sve što odgovara) |
| [ ]  Potreba za hitnim uslugama | [ ]  Ima zaštitno mjesto |
| [ ]  Trenutno opslužuje CSP | [ ]  Preseljenje / Trenutno živite u nedopuštenom okruženju (NH, IMD, CBRF, itd.) |
| [ ]  Potreban prevodilac |
| [ ]  Drugo – Navedite:       |
|  |
| Nivo njegeProvjerite dodijeljeni NH LOC u lijevom stupcu, a zatim označite odgovarajući DD LOC u desnom stupcu. Maksimalno dva polja trebaju biti označena.

|  |  |
| --- | --- |
| Izaberite 1 | Izaberite 1 |
| [ ] NH-ISN[ ] NH-SNF[ ] NH-ICF | [ ] DD1A[ ] DD1B[ ] DD2[ ] DD3[ ] NDD |
|  |  |

 | Ciljna grupa:[ ]  FE[ ]  ID/DD[ ]  PD |
| Naziv izabranog ICA |
|       |
| Naziv izabranog FEA (odnosi se samo na početnu IRIS preporuku i odabir) |
|       |
| [ ]  Zanima me da li ću postati učesnik programa IRIS Waiver (Odricanje). Razumijem da ću imati priliku susresti se sa konzultantom iz IRIS-a koji će mi dati dodatne informacije o IRIS-u.[ ]  Razumijem da preporuka IRIS consultant agency (IRIS-ova konsultantska agencija) nije obavezna za upis na program IRIS.[ ]  Ja ili moj predstavnik možemo se odreći IRIS-a u bilo kojem trenutku na zahtjev. [ ]  Razumijem da, ako nisam zadovoljan odabranim ICA-om, mogu izabrati drugi ICA.[ ]  Razumijem da će odabrani Fiscal Employer Agent (fiskalni agent poslodavca) biti odgovoran za pružanje plaćanja svim pružaocima usluga odricanja.[ ]  Razumijem da, ako nisam zadovoljan odabranim FEA-om, mogu izabrati drugi FEA za vrijeme dozvoljenog perioda prijenosa.[ ]  Ovlašćujem da gore odabrana IRIS consultant agency (IRIS-ova konsultantska agencija) dobije pristup sljedećim informacijama kako bi mi pomogla pri upisu u IRIS:* Pristup mom Long-Term Care Functional Screen (Funkcionalnom ekran s informacijama o dugotrajnoj njezi) (LTCFS)
* Kopija moje CARES Medicaid verifikacije ili proračunskih listova (utvrđuje udio u troškovima i financijsku podobnost)
* Podaci o medicinskim troškovima (ako je primjenjivo)
* Trenutni primjerak mog Individual Support and Service Plan (Individualnog plana podrške i usluga) (ISSP) / Member Centered Plan (Plana usmjerenog na članove) (MCP) (ako je primjenjivo i dostupno)
* Medicinska dokumentacija
* Drugo – Navedite:
 |
| **Potpisivanje ovog obrasca ne garantuje ispunjavanje uslova za program IRIS ili mogućnost prijenosa između ICA-a.** |
| **POTPIS** – Podnosilac prijave | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | Datum potpisa |
|  |  |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | Datum potpisa |
|  |  |
| **III. INFORMACIJE POPUNIO/LA** |
| Naziv - ADRC ili pleme      |
| Naziv - ADRC ili pleme ADRS radnik      | Okrug      |
| Broj telefona      | Adresa e-pošte      |
| Slanje ispunjenog obrasca: | [ ]  Pojedinac, staratelj, skrbnik ili aktivirani opunomoćenik[ ]  Izabrani ICA[ ]  Pleme ako je primjenjivo[ ]  CLTS radnik ako je primjenjivo |
| **IV. IRIS PREPORUKA DO ADRC-a ili plemenski ADRS i IM te CLTS radnik ako je primjenjivo.** |
| Ime – ICA      | Ime – Osoblje      | Datum      |
| [ ]  IRIS Datum početka       |
| [ ]  Klijent je tražio odricanje | [ ]  Program IRIS je tražio odricanje  |
| [ ]  ICA prijenos je odbijen |
| Razlog:  |       |