|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01205BR (03/2017) | | **STATE OF WISCONSIN** |
| **РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА С УЧАСТНИКАМИ IRIS: ИЗМЕНЕНИЕ БЮДЖЕТА**  IRIS PARTICIPANT EDUCATION: BUDGET AMENDMENTS | | |
| **ИНСТРУКЦИИ:** | Данная форма предназначена для подтверждения выполнения требования к разъяснительной работе с участниками Программы IRIS. Закон штата Висконсин Wisconsin State Statute не требует заполнения этой формы, но форма должна быть заполнена согласно требованию Программы IRIS. Консультант IRIS также должен подтвердить, что он рассмотрел эту форму. | |
| **ПРИМЕЧАНИЕ:** | **Вся документация должна храниться в деле участника и предоставляться для проверки по требованию DHS.** | |
| Если Вам понадобятся услуги и поддержка дополнительно к тому, что можно приобрести за средства Вашего нынешнего бюджета, Вам нужно будет подать официальное заявление на дополнительные бюджетные средства, используя процесс изменения бюджета. Приведенная ниже информация описывает Ваши обязанности как участника/официального представителя, а также сам процесс и что Вы можете ожидать от своего консультанта IRIS во время процесса изменения бюджета. | | |
| **ЕСТЬ ЛИ У МЕНЯ ПРАВО НА ИЗМЕНЕНИЕ БЮДЖЕТА?**  Перед тем как начать процесс изменения бюджета, Вам следует знать, что существует ряд условий, которые автоматически лишают Вас права на подачу заявления на изменение бюджета. Если хотя бы одно из перечисленных ниже условий относится к Вам, Вы не имеете права на изменение бюджета:   * Вы живете в доме семейного типа для проживания взрослых (Adult Family Home (AFH)), в квартирном комплексе с предоставлением ухода (Residential Care Apartment Complex (RCAC)) или в пансионате по месту жительства (Community-Based Residential Facility (CBRF)) и планируете там оставаться. * Вы находитесь в процессе выхода из программы по любой причине. * У Вас есть долг по выплате долевого участия в затратах.   **ЕСЛИ Я ИМЕЮ ПРАВО НА ИЗМЕНЕНИЕ БЮДЖЕТА, ЧТО ПРОИЗОЙДЕТ ДАЛЬШЕ?**  Как только будет установлено Ваше право на подачу заявления на изменение бюджета, Ваш консультант IRIS примет следующие меры для обеспечения точности и экономической выгодности Вашего текущего плана:   * Разберет с Вами данную форму, чтобы убедиться в том, что Вы понимаете процесс и обязанности каждой из сторон. * Рассмотрит с Вами Ваш план и, при необходимости, внесет изменения для обеспечения выполнения следующих требований:   + Все товары и услуги в Вашем плане, которые финансируются IRIS, утверждены службой Medicaid Waiver Services.   + Бюджет по Вашему текущему плану не превышает бюджета, указанного в Вашей последней проверке функционального состояния по программе длительного ухода (Long Term Care Functional Screen (LTCFS)).   + В плане указаны все поставщики услуг, включая стандартное количество предоставляемых ими часов.   + Зарплата, выплачиваемая Вашим родителям, если они ухаживают за Вами, не включает налогов на заработную плату. * Разберет с Вами Ваш план, чтобы убедиться, что Вы покупаете услуги наиболее экономически выгодным способом. * Убедится в том, что Вы максимально используете естественные виды поддержки, услуги ForwardHealth Card Services и другие имеющиеся у Вас источники финансирования.   После того как будет подтверждена максимальная точность и экономическая выгодность Вашего действующего плана, Ваш консультант IRIS совместно с Вами выполнит следующее:   * Заполнит форму заявления на изменение бюджета (Budget Amendment Request Form). * Занесет расценки Ваших поставщиков в форму сравнения поставщиков (Provider Comparison Form). * Убедится в том, что в оценке Вашего функционального состояния по программе длительного ухода отражено изменение в состоянии, если Вы просите повысить бюджет, выделяемый на организацию помощи и ухода на дому, на 25% и более.   **В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ МОИ ОБЯЗАННОСТИ КАК УЧАСТНИКА?**  В процессе изменения бюджета Ваши обязанности как участника заключаются в следующем:   * Предоставлять себя в распоряжение консультанта IRIS и сообщать всю необходимую информацию для заполнения требуемой документации. * Предоставлять себя в распоряжение специалиста по проведению оценки LTCFS для оформления изменения в состоянии по LTCFS, если Вы просите повысить бюджет, выделяемый на связанные с уходом услуги и/или поддержку, на 25% и более (уход и помощь на дому, уход на время отсутствия постоянно ухаживающих за Вами людей, дневные услуги и т.д.). Процедуру изменения бюджета нельзя использоваться для подачи заявки на часы по самоуправляемому личному уходу IRIS SDPC. * Обратиться к трем поставщикам услуг, о предоставлении которых Вы просите, и получить от каждого ценовое предложение на соответствующую услугу/поддержку/товар. Ценовые предложения нужно будет передать Вашему консультанту IRIS. Важно помнить, что в ценовом предложении должно указываться имя/название поставщика, состав услуги и ее стоимость. Каждый поставщик должен предоставить ценовое предложение на сравнимые услуги.   **ЧТО ПРОИЗОЙДЕТ ПОСЛЕ ПОДАЧИ МНОЮ ЗАЯВЛЕНИЯ В ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES)?**  После того как заполненный пакет будет подан в Department of Health Services (DHS), произойдет следующее:   * DHS проведет предварительное рассмотрение заявления, чтобы проверить, имеете ли Вы право на изменение бюджета и включены ли в пакет все необходимые документы. * DHS вместе с консультационным агентством IRIS устранит все замечания, выявленные в ходе предварительного рассмотрения. Это означает, что Ваш консультант IRIS может обратиться к Вам с дополнительными вопросами. * DHS рассмотрит заявление и уведомит письмом Вас и консультационное агентство IRIS о своем решении утвердить заявку или отказать в ней.   **ЧТО ПРОИЗОЙДЕТ, ЕСЛИ МОЯ ЗАЯВКА БУДЕТ УТВЕРЖДЕНА?**  Если Ваша заявка будет утверждена, произойдет следующее:   * DHS проинформирует письмом Вас и консультационное агентство IRIS об утверждении Вашей заявки. * Ваш консультант IRIS представит обновленный план, отражающий утвержденную заявку. * Консультационное агентство IRIS направит обновленный план финансовому агенту или агенту по найму для оплаты вновь утвержденной услуги/поддержки/товара.   **КАКИЕ У МЕНЯ БУДУТ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОДОЛЖИТЬ ХОДАТАЙСТВО, ЕСЛИ DHS ОТКЛОНИТ МОЮ ЗАЯВКУ?**  Если Департамент отклонит Вашу заявку, у Вас будет два варианта продолжить ходатайство:   * Независимая проверка – письмо с пояснением, почему DHS отклонил Вашу заявку, снабдит Вас информацией о подаче заявления на проведение независимой проверки отказа в Вашей просьбе другими службами в составе DHS. * Апелляция – если Вы не подаете заявку на независимую проверку, «Уведомление о решении» (Notice of Action) с описанием причин(ы) отказа и действий, которые Вам нужно предпринять, чтобы организовать слушание Вашей апелляции судьей по административным делам. | | |
| Вы можете выбрать один или оба варианта. В то же время, если Вы собираетесь воспользоваться правом на независимую проверку, это нужно сделать **до** подачи апелляции. | | |
| **Пожалуйста, заполните страницу с подписями.** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Своей подписью ниже я удостоверяю, что мой консультант IRIS полностью рассмотрел со мной данный документ и я имел(а) возможность задать все вопросы консультанту IRIS. Свой подписью я также удостоверяю, что я понимаю изложенный выше материал так, как он был мне представлен. Я понимаю, что если в будущем у меня возникнут вопросы о процессе изменения бюджета, я могу обращаться с ними к своему консультанту IRIS. Моя подпись также удостоверяет, что я понимаю, что если я не предоставлю моему консультанту IRIS необходимую информацию, это может задержать процесс рассмотрения изменения в бюджете Департаментом здравоохранения (Department of Health Services). | |
| **ПОДПИСЬ** – Участник | Дата подписания |
|  |  |
| **ПОДПИСЬ** – Опекун (если имеется) | Дата подписания |
|  |  |
| Своей подписью я удостоверяю, что я лично рассмотрел(а) данный документ с участником и/или опекуном и предоставил(а) им возможность задать вопросы. | |
| **ПОДПИСЬ** – Консультант IRIS | Дата подписания |
|  |  |