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

**UPIS U PROGRAM FAMILY CARE**

**UPUTSTVA I VAŽNE INFORMACIJE**

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

Popunjavanje ovog obrasca je dobrovoljno; međutim, morate popuniti ovaj obrazac ako ste zainteresirani za upis u program Family Care. Ako se želite prijaviti za ovaj program, morate kontaktirati svoj local aging and disability resource center (lokalni centar za resurse za starenje   
i invalidnost) (ADRC) ili ako ste član plemena, također možete kontaktirati svog Tribal Aging and Disability Resource Specialist (resursnog specijalistu za starenje i invaliditet) (ADRS). Kontakt informacije za lokalne ADRC-e ili plemenski ADRS možete pronaći na [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).

**KAKO KORISTITI OVAJ OBRAZAC**

1. Prije potpisivanja obrasca pročitajte odjeljak Važne informacije i sva uputstva. Obratite se svom lokalnom ADRC-u ili ADRS-u plemena ako su vam potrebne informacije na drugom jeziku ili   
   u drugom formatu.
2. Samo pojedinac, zakonski staratelj, skrbnik ili aktivirani opunomoćenik mogu potpisati ovaj obrazac.

**VAŽNE INFORMACIJE**

* Potpisivanje ovog obrasca ne garantuje da ćete ispunjavati uslove za program Family Care.
* Nakon potpisivanja ovog obrasca možete da odlučite da se ne upišete.
* Upis u program Family Care je dobrovoljan i možete se ispisati bilo kada.
* Promjene vaše zdravstvene ili finansijske situacije mogu uticati na vašu podobnost za ovaj program. U slučaju takve promjene, razgovarajte sa upraviteljem njege iz Managed Care Organization (Organizacije upravljane njege) (MCO) ili upraviteljem plemenskih slučajeva, ako je to primjenljivo.

**POTPISIVANJE OVOG OBRASCA**

Razumijem da moj potpis (ili potpis mog zakonskog staratelja, skrbnika ili opunomoćenika) na ovom obrascu znači da sam pročitao/la i razumijem sadržaj ovog obrasca, uključujući informacije o datumu upisivanja i izabranom osiguranju. Potvrđujem da su svi moji odgovori prema mom najboljem saznanju potpuni. Razumijem da mogu biti ispisan/na iz programa ako namjerno sakrijem informacije ili navedem lažne informacije u ovom obrascu. Razumijem da svojim potpisom dajem odobrenje ADRC-u ili ADRS-u plemena da proslijedi moje informacije:

* Managed Care Organization (Organizaciji upravljane njege)
* Drugom ADRC-u ili ADRS-u plemena
* Pripadajućem plemenu, ako je navedeno
* Agencijama za održavanje prihoda
* Medicaid
* Medicare
* Pružaocima usluga i njihovim ovlaštenim predstavnicima radi pružanja njege.

**TRAŽENI DATUM UPISIVANJA**

Možete odabrati datum kada se želite upisati u program. Međutim, upis ne može početi prije datuma:

* Kada ADRC ili ADRS plemena primi ovaj potpisani obrazac.
* Kada ispunite sve funkcionalne i finansijske uslove.

**ODABRANO OSIGURANJE**

Osnovna svrha programa Family Care jeste pomoći vam da dobijete usluge koje vam trebaju kako biste živjeli u vlastitom domu ili zajednici kad god je to moguće.

**LIČNI PODACI**

Prema zakonu države Wisconsin Stat. § 49.45(4), vaše lične informacije koje vas mogu identificirati   
se čuvaju u povjerljivosti i koriste se samo za primjenu programa Family Care.

**DODATNA UPUTSTVA**

**Odjeljak I**

* „Okrug prebivališta” znači okrug u kojem živite.
* „Okrug odgovornosti” znači okrug koji ima odgovornost pružanja usluga zaštite mentalnog zdravlja ili drugih usluga.
* „Stalna adresa” znači adresa prebivališta na kojoj živite.

**Odjeljak II**

Ovaj odjeljak se popunjava ako imate zakonskog staratelja, skrbnika, opunomoćenika ili ovlaštenog predstavnika za Medicaid.

**Odjeljak III**

Navedite kontakt informacije prijatelja ili rođaka s kojim možemo kontaktirati u hitnom slučaju.

**Odjeljak IV**

Ovaj odjeljak se popunjava ako je primjenjivo.

**Odjeljak V**

Potreban je vaš potpis ili potpis vašeg zakonskog staratelja, skrbnika ili aktiviranog 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.

ADRC ili ADRS plemena mora čuvati obrazac upisa za iščlanjenje sa originalnim potpisom ili elektronski skenirani primjerak potpisanog obrasca, deset godina za slučaj zahtjeva za uvid   
u evidenciju.

**PROGRAM FAMILY CARE: UPIS**

**CIP**

**UPUTSTVA**: Pročitajte sva uputsva prije potpisivanja ovog obrasca.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ODJELJAK I – LIČNI PODACI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime pojedinca (ime, srednje slovo, prezime) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum rođenja | | | | | |
| Trenutni bračni status (označite samo jedno polje)  Neoženjen/neudata  Oženjen/udata  Udovac/udovica | | | | | | | | | | Ako ste trenutno u braku, navedite ime supružnika (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poštanska adresa | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Država | | | Poštanski broj |
| Broj telefona | | Okrug prebivališta | | | | | | | | | | | | | | | | | | Okrug nadležnosti | | | | | | | | | | | |
| Američki Indijanac ili Aljaški domorodac  Da  Ne | | | | | | | | | Pripadnik američkih Indijanaca/Aljaških domorodaca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa e-pošte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stalna adresa (ako se razlikuje od navedene) | | | | | | | | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | | | Država | | | Poštanski broj |
| Naziv ustanove—Označiti tip: | | | | | NH  ICF-IID  CBRF  AFH  RCAC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum prijema u NH/ICF-IID | | | | | | | |
| Adresa ustanove (ako se razlikuje od gore navedene) | | | | | | | | | | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | Država | | | Poštanski broj |
| **ODJELJAK II – DRUGA OSOBA KOJA VRŠI UPIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li zakonskog staratelja?  Da  Ne  Vrsta:  Staratelj osobe  Staratelj imovine  Staratelj osobe i imovine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime staratelja (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poštanska adresa | | | | | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | | | | | | Država | | | Poštanski broj |
| Imate li zakonskog staratelja?  Da  Ne  Vrsta:  Staratelj osobe  Staratelj imovine  Staratelj osobe i imovine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime staratelja (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poštanska adresa | | | | | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | | | | | | Država | | | Poštanski broj |
| Imate li aktiviranog Power of Attorney for Finance and Property (opunomoćenika za finansije  i imovinu) (POAF)?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime POAF (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poštanska adresa | | | | | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | | | | | | Država | | | Poštanski broj |
| Imate li aktiviranog Power of Attorney for Health Care (opunomoćenika za zdravstvenu njegu) (POAHC)?  Da – Datum aktiviranja:        Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime POAHC (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poštanska adresa | | | | | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | | | | | | Država | | | Poštanski broj |
| Imate li skrbnika?  Da – Datum naručivanja skrbnika        Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime skrbnika (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poštanska adresa | | | | | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | | | | | | Država | | | Poštanski broj |
| Imate li ovlaštenog predstavnika za Medicaid koji je naznačen na DHS obrascu [F-10126A](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126a.pdf) ili [F-10126B](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf)   Da—Datum potpisivanja:        Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime ovlaštenog predstavnika za Medicaid  (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | | | | | | | | Okrug prebivališta | | |
| Poštanska adresa | | | | | | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | | | | | Država | | | Poštanski broj |
| **ODJELJAK III – DODATNE KONTAKT INFORMACIJE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navedite ime prijatelja ili rođaka kojeg možemo kontaktirati u hitnom slučaju. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime kontakt osobe  (ime, srednje ime, prezime) | | | | Broj telefona tokom radnog vremena | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Broj telefona izvan radnog vremena | | | | | | |
| Odnos s vama | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ODJELJAK IV – INFORMACIJE O OSIGURANJU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Da li trenutno imate medicinsko/zdravstveno osiguranje kao što je zdravstveno osiguranje koje pruža poslodavac, privatno osiguranje, VA pogodnosti, TRICARE ili savezno zdravstveno osiguranje za zaposlene?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime i adresa osiguravajućeg društva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Polisa ili identifikacijski broj | | | | | | | | | | | | |
| Broj grupe | | | | | | | | | | | | |
| Da li trenutno imate osiguranje za lijekove na recept?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Naziv osiguranja | | | | | | | | | | | Polisa ili identifikacijski broj | | | | | | | | | | | | | | | | Broj grupe | | | | |
| Primate li beneficije socijalnog osiguranja?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primate li osiguranje Odbora za penzije radnika željeznice (Railroad Retirement Board – RRB)?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Za pojedince koji ispunjavaju uslove za Medicare**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum stupanja na snagu: (mm/dd/gggg) | | | | | | | | | | |
| Ime korisnika (ime, srednje ime, prezime): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **BOLNICA (DIO A)** | | | | | | | | | | |
| Medicare Beneficiary Identifier (Identifikator korisnika programa Medicare )(MBI): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **LIJEČENJE (DIO B)** | | | | | | | | | | |
| **ODJELJAK V – ODABIR UPISA I POTPIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Upis za:  Family Care | | | | | | | | Naziv MCO-a: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Family Care upravljanje plemenskom njegom o porodici ako je odabrano:  Menominee  Oneida | | | | | | | | | | | | | | | | | | Naziv MCO-a: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ja, dolje potpisana osoba, ovim putem izjavljujem svoju namjeru i ovim putem pristajem na upisivanje u gore navedeni program Family Care.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POTPIS –** Pojedinac | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Samo za korištenje za ADRC ili plemenski ADRS ured** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC ili plemenski: | | | | | | | | | | | Okrug: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radnik ADRC-a ili radnik ADRS-a plemena: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Broj telefona: | | | | | | | | | |
| Adresa e-pošte: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podaci o datumu upisa:  Stvarni datum upisa:  Datum upisa u toku: hitne usluge  Datum upisa na čekanju: Ugovor prije objavljivanja  Datum upisa na čekanju: Premještaj u novu agenciju. | | | | | | | | | | | | | | | Program:  Family Care | | | | | | | | | | | | Potvrdite datum završetka HMO-a ako  je primjenjivo: | | | | |
| Status upisa u FHiC:  Datum upisa u FHiC  Datum upisa nije u FHiC u toku MA ili IRIS unosa u sistem. MCO ne ažurira LTCFS dok  se upis ne potvrdi u FHiC-u. | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Primatelj Medicaid-a  Da  Ne  Medicaid ID br:  Jezik za CARES obavijest:  Engleski  Španski | | | | | | Nivo njege  Provjerite dodijeljeni NH/NNH LOC u lijevoj koloni, a zatim označite odgovarajući DD LOC  u desnoj koloni. Maksimalno dva polja trebaju biti označena.   |  |  | | --- | --- | | Izaberite 1 | Izaberite 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF  NNH | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ciljna grupa:  FE  ID/DD  PD | | | | |
| Pojedinac je trenutno upisan u Children's Waiver (Dječje odricanje) (CLTS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime – CLTS radnik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Okrug | | | | | | | | | | |
| Broj telefona | | Adresa e-pošte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Slanje ispunjenog obrasca: | | Pojedincu, staratelju, skrbniku ili aktiviranom opunomoćeniku  Izabrani MCO  Održavanje prihoda, ako je primjenjivo  Pleme, ako je primjenjivo  CLTS radnik, ako je primjenjivo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |