

(IRIS (INCLUDE, RESPECT, I SELF-DIRECT) (ببرنامج IRIS (الشمول، الاحترام، التوجيه الذاتي))
(IRIS (INCLUDE, RESPECT, I SELF-DIRECT) AUTHORIZATION)

يُعد استكمال وتوقيع هذا النموذج أمرًا تطوعيًا؛ إلا أنه لا يمكن معالجة الإحالة أو الانتقال إلى برنامج IRIS بدون النموذج المستكمل والموقع. إذا كنت ترغب في التقدم لهذا البرنامج، فيجب أن تتصل بـ aging and disability resource center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRC) المحلي الذي تتبعه أو Aging and Disability Resource Specialist (أخصائي موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRS) القبلي الذي تتبعه. يمكن العثور على معلومات الاتصال الخاصة بـ ADRCs المحلي أو ADRS القبلي من خلال www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm.

نموذج التفويض ببرنامج IRIS (F-00075) له عدة وظائف ويجب أن يصاحب كل عمليات الإحالة أو الانتقال إلى برنامج IRIS. يجب أن تكون كل المعلومات المدخلة كاملة ودقيقة. توقيعك أو توقيع ولي أمرك القانوني، أو الوصي، أو حامل الوكالة السارية ضروري. إذا كنت توقع بعلامة، فسيُلمزم توقيع شاهدين. إذا كان هناك ما يعيقك جسديًا على التوقيع، يمكنك أن تطلب من شخص بالغ أن يوقع على النموذج في حضور شاهدين. يجب أن يوضح الشخص الذي يوقع بالنيابة عنك أنه يقوم بالتوقيع بناءً على توجيهات مقدم الطلب.

يقوم موظفو Aging and Disability Resource Center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRC) أو Tribal Aging and Disability Resource Specialist (أخصائي موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRS) القبلي باستكمال النموذج وتقديمه إلى IRIS consultant agency (الوكالة الاستشارية IRIS) لـ (ICA). يتوجب على وكالة ADRC أو القبلي ADRS الاحتفاظ بنموذج التسجيل الموقع IRIS الأصلي، أو صورة ضوئية من النموذج الموقع، لمدة 10 سنوات في حالة طلب السجلات.

1. معلومات الإحالة — يقوم وكيل الإحالة (ADRC أو ADRS القبلي) باستكمال كل المربعات في هذا القسم.

التاريخ — الذي منحت فيه ICA حق الوصول إلى LTCFS لقراءتها فقط
التاريخ — الإحالة إلى ICA

معلومات المشارك

الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)	تاريخ الميلاد	مقاطعة السكن
من سكان أمريكا / الأسكا الأصليين <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	منتسب إلى سكان أمريكا / الأسكا الأصليين:	
العنوان	المدينة	الرمز البريدي
رقم الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني	أفضل وقت للاتصال
وصاية مقررة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	Power of Attorney for Health Care (حامل وكالة سارية للرعاية الصحية) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	Power of Attorney for Finance and Property (حامل وكالة سارية للمال) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

الاسم — الوصي / جهة اتصال POA

رقم الهاتف — الوصي / POA	أفضل وقت للاتصال
الأهلية المقررة لـ Medicaid (الإحالة الأولى فقط) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Medicaid معلقة	رقم هوية Medicaid:
Medicare أو تأمين آخر (الإحالة الأولى فقط) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	لغة إشعار CARES: <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> الأسبانية
اسم المستفيد (الأول، الأوسط، الأخير)	Medicare Beneficiary Identifier (معرّف مستفيد Medicare) (MBI)

مقاطعة السكن	تاريخ الميلاد	الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)
--------------	---------------	-------------------------------

مبلغ الحصة الشهرية (الإحالة الأولى فقط)
\$ (أدخل 0 في حال عدم وجود حصة)

SSI-E (الإحالة الأولى فقط)
 يحصل على غير مؤهل مرفوض

الشخص مسجل حالياً في (حدد خيار واحد فقط)
 لا يوجد برنامج سابق HMO Managed Care (رعاية HMO المدارة)
 برنامج Family Care / برنامج PACE / برنامج شراكة MCO—حدد اسم MCO:
 IRIS—حدد اسم ICA:

برنامج Children's Waiver (المساهمة بالرعاية طويلة الأمد للأطفال) (CLTS) يُرجى استكمال معلومات الاتصال أدناه.

المقاطعة	الاسم - عامل CLTS
----------	-------------------

رقم الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني
------------	-------------------------

معلومات أخرى ذات صلة (اختر كل ما ينطبق)
 بحاجة إلى خدمات فورية لديه مكان يحميه
 يحصل على خدمة CSP حالياً نقل / يعيش حالياً في بيئة غير مسموح بها (NH، IMD، CBRF، إلخ)
 يلزم مترجم لغة أخرى - حدد:

مستوى الرعاية	المجموعة المستهدفة:
اختر NH LOC المخصص في العمود الأيسر ثم اختر DD LOC المناسب في العمود الأيمن. يجب اختيار مربعين كحد أقصى.	FE <input type="checkbox"/> ID/DD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/>
اختيار 1	اختيار 1
DD1A <input type="checkbox"/> DD1B <input type="checkbox"/> DD2 <input type="checkbox"/> DD3 <input type="checkbox"/> NDD <input type="checkbox"/>	NH-ISN <input type="checkbox"/> NH-SNF <input type="checkbox"/> NH-ICF <input type="checkbox"/>

اسم ICA المحددة

اسم FEA المحددة (لا تنطبق إلا على إحالة واختيار IRIS لأول مرة فقط)

أهتم بالتفكير في المشاركة في برنامج IRIS Waiver (تنازل). أفهم أنني سأحصل على فرصة لمقابلة استشاري من IRIS سيزودني بمعلومات إضافية عن IRIS.

أفهم أن الإحالة إلى IRIS consultant agency (وكالة IRIS الاستشارية) ليس تعهدًا بالتسجيل في برنامج IRIS.

يمكنني أنا أو ممثلي الانسحاب من IRIS في أي وقت عند الطلب.

أفهم أنه في حال عدم الرضا عن ICA التي اخترتها، فيمكنني اختيار ICA أخرى.

أفهم أن Fiscal Employer Agent (الوكيل المالي لصاحب العمل) الذي اخترته سيكون مسؤولاً عن السداد لكل موفري خدمة التنازل.

مقاطعة السكن	تاريخ الميلاد	الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)
--------------	---------------	-------------------------------

- أفهم أنه في حال عدم الرضا عن FEA الذي اخترته، فيمكنني اختيار FEA آخر أثناء فترة التحويل المسموح بها.
- أفوض بمنح IRIS consultant agency (وكالة IRIS الاستشارية) المحددة أعلاه حق الوصول إلى المعلومات التالية لمساعدتي على التسجيل في IRIS:

- الوصول إلى معلومات Long-Term Care Functional Screen (الفحص الوظيفي للرعاية طويلة الأجل) (LTCFS) الخاصة بي
- نسخة من التحقق من CARES Medicaid أو أوراق الميزانية الخاصة بي (تحديد حصة التكلفة والأهلية المالية)
- تفاصيل نفقات العلاج الطبي (إن أمكن)
- Individual Support and Service Plan (خطة الدعم والخدمة الفردية) (ISSP) الحالية الخاصة بي أو Member Centered Plan (الخطة المرتكزة على العضو) (MCP) (إن أمكن وتوفر)
- المستندات الطبية
- أخرى - يُرجى التحديد:

لا يضمن التوقيع على هذا النموذج أهليتك لبرنامج IRIS أو القدرة على الانتقال بين ICAs.	
التوقيع - مقدم الطلب	تاريخ التوقيع
توقيع - ولي الأمر، أو الوصي أو حامل الوكالة السارية	تاريخ التوقيع
توقيع - ولي الأمر، أو الوصي أو حامل الوكالة السارية	تاريخ التوقيع
التوقيع - الشاهد (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع
التوقيع - الشاهد (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع

III. يجب استكمال المعلومات بمعرفة

الاسم - ADRC أو القبيلة

المقاطعة	الاسم - ADRC أو عامل ADRS القبلي
رقم الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني

- توزيع النموذج المستكمل:
- الشخص أو ولي الأمر القانوني أو الوصي، أو حامل الوكالة السارية
- ICA المختارة
- القبيلة إن أمكن
- عامل CLTS إن أمكن

IV. إحالة IRIS إلى ADRC أو ADRS القبلي مرةً أخرى وعامل IM و CLTS إن أمكن.

الاسم - ICA	الاسم - الموظف	التاريخ
-------------	----------------	---------

مقاطعة السكن	تاريخ الميلاد	الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)
		<input type="checkbox"/> تاريخ بدء IRIS
<input type="checkbox"/> طلب الانسحاب من برنامج IRIS		<input type="checkbox"/> طلب العميل للانسحاب
		<input type="checkbox"/> رفض الانتقال إلى ICA
		السبب: