|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN** **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-00075CM (02/2024) |  | **CIP** |
| **IRIS (include (包容), respect (尊重), I self-Direct (自我指导)) 授权书****(IRIS (include, respect, I self-Direct) authorization)** |
| 填写和签署本表单纯属自愿性质；但是，如未签署本表单，则无法在 IRIS 项目中进行转介或转院。如果您想申请这个项目，您必须联系您当地的 aging and disability resource center（老年和残障资源中心）(ADRC) 或者部落 Aging and Disability Resource Specialist（老年和残障资源专家）(ADRS）。有关当地 ADRC 或部落 ADRS 的联系信息，请访问 [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm)。IRIS 授权单（F-00075）具有多种功能，且在 IRIS 项目内的所有转介或转院均必须提供。所有所填写的信息必须完整且准确。 必须由您或您的法定监护人、保护人或授权委托人签署。如果您签署签名，则需要有两个人在场见证签名。如您的身体状况无法签名，可指定一位成年人在两位见证人前签字。代签者应表明其签名遵循申请人的指示。Aging and Disability Resource Center（老年和残障资源中心）(ADRC) 或者部落 Aging and Disability Resource Specialist（老年和残障资源专家）(ADRS) 的工作人员填写并将表格提交给 IRIS consultant agency（IRIS顾问机构）(ICA）。如有记录请求，ADRC 或部落 ADRS 必须将含原始签名的 IRIS 授权表或签名表格的电子扫描副本保留十年。 |
| **I. 转介信息 —**由转介机构（ADRC 或部落 ADRS）填写此部分中的**所有**空格部分。 |
| 日期 – ICA 授予 LTCFS 的唯读访问权      | 日期 – 转介至 ICA      |
| **参与者信息** |

| 姓名 （姓氏，名字，中间名）      | 出生日期      | 住所所在的县      |
| --- | --- | --- |
| 美洲印第安人/阿拉斯加原住民[ ]  是 [ ]  否 | 美洲印第安人/阿拉斯加原住民背景：      |
| 地址      | 城市      | 邮政编码      |
| 电话号码      | 电子邮箱地址      | 最佳联系时间      |
| 监护人[ ]  是 [ ]  否 | 已生效的 Power of Attorney for Health Care（医疗保健授权委托人）[ ]  是 [ ]  否 | 已生效的 Power of Attorney for Finance（财务授权委托人）[ ]  是 [ ]  否 |
| 姓名 – 监护人 / POA 联系人      |
| 电话号码 – 监护人 / POA      | 最佳联系时间      |
| Medicaid 资格（仅限初次转介）[ ]  是 [ ]  否 [ ]  Medicaid 待定 | Medicaid 身份证号:       |
| Medicare 或其他保险（仅限初次转介）[ ]  是 [ ]  否 | CARES 注意事项语言：[ ]  英语 [ ]  西班牙语 |
| 受益人姓名（名字，中间名，姓氏）      | Medicare Beneficiary Identifier (受益人身份识别信息) (MBI)      |
| 每月费用分摊金额（仅限初次转介） |
| $ |       | （无费用分摊请写0） |
| SSI-E（仅限初次转介） |
| [ ]  接收 [ ]  不合格 [ ]  拒绝 |
| 目前已注册（只勾选一项） |
| [ ]  无前置项目 | [ ]  HMO 管理式医疗 |
| [ ]  Family Care / PACE/MCO 合作项目—指定 MCO 名称：      |
| [ ]  IRIS—指定 ICA 名称：  |       |
| [ ]  Children’s Waiver（儿童豁免计划） (CLTS) 请在下方填写联系方式。 |
| 姓名 — CLTS 工作人员      | 县      |
| 电话号码      | 电子邮箱地址      |
| **其他相关信息** (勾选所有适用的信息) |
| [ ]  需要即时服务 | [ ]  有保护安置 |
| [ ]  目前由 CSP 服务 | [ ]  搬迁 / 目前居住地无条件 (NH, IMD, CBRF 等) |
| [ ]  需要语言翻译服务 |
| [ ]  其他 - 请说明：      |
|  |
| 护理水平选择左列表中列出的 NH LOC，然后在右列表中选择相应的 DD LOC。最多勾选两个框。

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

 | 目标人群：[ ]  FE[ ]  ID/DD[ ]  PD |
| 所选择 ICA 的名称 |
|       |
| 所选择 FEA 的名称（只适用于初次 IRIS 转介和选择） |
|       |
| [ ]  我有兴趣考虑成为一名 IRIS Waiver（豁免协议）的参与者。我了解我将有机会与 IRIS 的顾问会面，他会为我提供更多有关 IRIS 的信息。[ ]  我了解转介至 IRIS consultant agency（IRIS 顾问机构）并不代表承诺参加 IRIS 项目。[ ]  本人或本人代表可应要求随时退出 IRIS。[ ]  我了解，如对所选择的 ICA 不满意，可选择其他 ICA。[ ]  我了解，我所选择的 Fiscal Employer Agent（财务雇主代理）将负责向所有免责服务供应商付款。[ ]  我了解，如对所选择的 FEA 不满意，我可以在允许的转院期间内选择另一个 FEA。[ ]  我授权上述选定的 IRIS consultant agency（IRIS 顾问机构）取得以下资料，以协助我注册 IRIS：* 访问我的 Long-Term Care Functional Screen（长期护理功能资格筛选）(LTCFS) 信息
* 我的 CARES Medicaid 验证或预算表的副本（确定费用份额和财务资格）
* 医疗费用明细（如有）
* 我的 Individual Support and Service Plan（个人支持和服务计划）(ISSP) / Member Centered Plan（以成员为中心计划）(MCP) 的当前副本（如果适用且可用）
* 医疗文件
* 其他 – 请说明：
 |
| **签署此表格并不保证您有资格参加 IRIS 项目或在 ICAs 之间进行转换。** |
| **签名** – 申请人 | 签名日期 |
|  |  |
| **签名 –**  法定监护人、保护人或授权委托人 | 签名日期 |
|  |  |
| **签名 –**  法定监护人、保护人或授权委托人 | 签名日期 |
|  |  |
| **签名** – 见证人（如有） | 签名日期 |
|  |  |
| **签名** – 见证人（如有） | 签名日期 |
|  |  |
| **III. 信息填写人** |
| 姓名 – ADRC 或部落      |
| 姓名 – ADRC 或部落 ADRS 工作人员      | 县      |
| 电话号码      | 电子邮箱地址      |
| 分发已填表格： | [ ]  个人、监护人、保护人或授权委托人[ ]  选择的 ICA[ ]  部落（如有）[ ]  CLTS 工作人员（如有） |
| **IV. IRIS 转回 ADRC 或部落 ADRS，IM 和 CLTS 工作人员（如有）。** |
| 姓名 – ICA      | 姓名 - 工作人员      | 日期      |
| [ ]  IRIS 开始日期       |
| [ ]  客户要求撤销 | [ ]  IRIS 项目要求撤销 |
| [ ]  ICA 转院被拒 |
| 原因：  |       |