|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-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： | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |