|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STATE OF WISCONSIN**  **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00075R (02/2024) |  | | **CIP** |
| **Авторизация IRIS (Include, Respect, I Self-Direct — программа самоуправления уходом)**  **(IRIS (include, respect, I self-Direct) authorization)** | | | |
| Заполнение и подписание этой формы является добровольным; однако ни одно направление или перевод в рамках программы IRIS не может быть обработано без заполненной подписанной формы. Если вы хотите подать заявку на участие в этой программе, вы должны обратиться в aging and disability resource center (местный ресурсный центр по проблемам старения и инвалидности - ADRC) или, если вы являетесь членом племени, вы также можете обратиться к Tribal Aging and Disability Resource Specialist (специалисту по проблемам старения и инвалидности племени - ADRS) своего племени. Контактная информация местных центров ADRC и ADRS племени можно найти на веб-сайте [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).  Форма разрешения программы IRIS (F-00075) имеет несколько функций и должна сопровождать все направления в программу IRIS или переводы в рамках программы IRIS. Вся введенная информация должна быть полной и точной. Требуется Ваша подпись или подпись законного опекуна, попечителя или лица, действующего по доверенности. Если Вы подписываетесь пометкой, требуются две подписи свидетелей. Если Вы физически не можете подписаться, Вы можете поручить взрослому подписать форму в присутствии двух свидетелей. Человек, который подписывается от вашего имени, должен указать, что он подписывается по указанию заявителя.  Aging and Disability Resource Center (Центр ресурсов для пожилых и инвалидов) (ADRC) или  Tribal Aging and Disability Resource Specialist (Специалист по вопросам старения и инвалидности племени) (ADRS племени) заполняют и подают эту форму в IRIS consultant agency (консультационное агентство IRIS) (ICA). ADRC или ADRS племени должны сохранять оригинал формы авторизации IRIS или электронную скан-копию подписанной формы в течение десяти лет на тот случай, если документы будут запрашиваться. | | | |
| **I. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ —** Направляющий агент (ADRC или ADRS племени) заполняет **все** поля в этом разделе. | | | | |
| Дата – ICA предоставила доступ только для чтения к LTCFS (Функциональному экрану длительного ухода) | | Дата - направление в ICA | | |
| **Информация об участнике** | | | | |

| Полное имя (фамилия, имя, средний инициал) | | | | | | | | | | | | | Дата рождения | | | | Округ постоянного проживания | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Американский индеец/уроженец Аляски  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | Принадлежность к Американским индейцам/уроженцам Аляски: | | | | | | | |
| Адрес | | | | | | | | | | | | | Город | | | | | | | Почтовый индекс |
| Номер телефона | | | Электронная почта | | | | | | | | | | | | | | | Лучшее время для контакта | | |
| Установленное опекунство  Да  Нет | | | Действующая Power of Attorney for Health Care (доверенность для здравоохранения)  Да  Нет | | | | | | | | | | | | Действующая Power of Attorney for Finance (доверенность для финансов)  Да  Нет | | | | | |
| Имя - контакт с опекуном/ доверенным лицом (POA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Номер телефона - опекун/ доверенное лицо (POA) | | | | | | | | | | | | | | Лучшее время для контакта | | | | | | |
| Соответствие критериям Medicaid установлено (только первоначальное направление)  Да  Нет  Medicaid ожидается | | | | | | | | | | | | | | Идентификационный номер программы Medicaid: | | | | | | |
| Medicare или другая страховка (только первоначальное направление)  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | Язык уведомления для CARES:  Английский  Испанский | | | | | | |
| Имя бенефициара (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | Medicare Beneficiary Identifier (Идентификатор бенефициара программы Medicare - MBI) | | | | | | | | | | | | | | |
| Ежемесячная сумма доли затрат (только для первоначального направления) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| $ |  | | (введите 0, если нет доли затрат) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Доход от дополнительного обеспечения - исключительные расходы (SSI-E) (только первоначальное направление) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Получает  Не соответствует требованиям  Отклонено | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Человек в настоящее время зарегистрирован (отметьте только одно) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ранее в программе не участвовал | | | | | | | | | | | HMO Managed Care (Управляемый уход HMO) | | | | | | | | | |
| Family Care / PACE/Партнерство MCO—укажите название MCO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IRIS—укажите название ICA: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Children’s Waiver (Программа долгосрочной поддержки детей) (CLTS) Пожалуйста, укажите ниже контактную информацию. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя - Сотрудник программы CLTS | | | | | | | | | | | | | | | | Административный округ | | | | |
| Номер телефона | | | | | Электронная почта | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Другая соответствующая информация** (Отметьте все, что подходит) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Нужны немедленные услуги | | | | | | | | | | Имеет Защитное Размещение | | | | | | | | | | |
| В настоящее время обслуживается CSP (Программой поддержки сообщества) | | | | | | | | | | Переезд / В настоящее время проживает в недопустимых условиях (NH - дом престарелых, IMD - Учреждение психических заболеваний, CBRF- Общественное жилое помещение и т.д.) | | | | | | | | | | |
| Нуждается в переводчике | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Другое - укажите: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Уровень ухода (LOC)  Проверьте назначенный NH LOC в левом столбце, а затем проверьте соответствующий нарушению развития (DD) LOC в правом столбце. Должны быть отмечены максимум два поля.   |  |  | | --- | --- | | Выберите 1 | Выберите 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | |  |  | | | | | | | | | | | | | Целевая группа:  FE  ID/DD  PD | | | | | | | | |
| Название выбранной ICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название выбранного FEA (относится только к первоначальному направлению и выбору IRIS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я заинтересован в том, чтобы стать участником программы IRIS Waiver (Отказ). Я понимаю, что у меня будет возможность встретиться с консультантом IRIS, который предоставит мне дополнительную информацию об IRIS.  Я понимаю, что направление в IRIS consultant agency (консультативное агенство IRIS)  не является обязательством по регистрации в программе IRIS.  Я или мой представитель могу выйти из IRIS в любое время по запросу.  Я понимаю, что если я недоволен выбранной ICA, я могу выбрать другую ICA.  Я понимаю, что Fiscal Employer Agent (финансовый агент работодателя), которого я выбрал, будет нести ответственность за обеспечение оплаты для всех альтернативных поставщиков услуг.  Я понимаю, что если я недоволен выбранным FEA, я могу выбрать другого FEA во время допустимого периода перевода.  Я разрешаю выбранному выше IRIS consultant agency (консультативному агенству IRIS) получить доступ к указанной информации для того, чтобы помочь мне в зачислении в IRIS:   * Доступ к информации о моем Long-Term Care Functional Screen (функциональном экране долгосрочного ухода LTCFS) * Копия моего подтверждения программы CARES Medicaid или бюджетных ведомостей (с указанием доли расходов и финансового права) * Подробная информация о расходах на лечение (если применимо) * Мой текущий Individual Support and Service Plan (Индивидуальный план поддержки и предоставления услуг) (ISSP) / Member Centered Plan (Членский план - MCP) - если доступно и применимо * Медицинская документация * Другое - укажите: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Подписание этой формы не гарантирует права на участие в программе IRIS или возможности перехода между ICA.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ** – Заявитель | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **ПОДПИСЬ –** Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **ПОДПИСЬ –** Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **III. ЛИЦО, ЗАПОЛНИВШЕЕ ФОРМУ:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название – ADRC или племени | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя - Сотрудник ADRC или ADRS племени: | | | | | | | | | | | | | | | | Административный округ | | | | |
| Номер телефона | | | | | Электронная почта | | | | | | | | | | | | | | | |
| Распространение заполненной формы: | | | | Лицо, его законный опекун, доверительный управляющий или поверенный (должна быть действующая нотариальная доверенность)  Избранная ICA  Племя, если применимо  Сотрудник CLTS, если применимо | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. НАПРАВЛЕНИЕ IRIS НАЗАД В ADRC или ADRS племени и IM и CLTS сотруднику если применимо.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя и фамилия – ICA | | | | | | | | Имя и фамилия – штатный работник | | | | | | | | | | | | Дата |
| Дата начала программы IRIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Исключение из программы по запросу клиента | | | | | | | | | Исключение по запросу программы IRIS | | | | | | | | | | | |
| Перевод ICA отклонен | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Причина: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |