

## الحاجة العاجلة إلى خدمات الرعاية الشخصية/خدمات المساعدة الشخصية للمستهلك

إذا كنت تعتقد أنك بحاجة عاجلة إلى خدمات الرعاية الشخصية (PCS) أو خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS)، مثل إدارة الشؤون المنزلية أو تحضير الوجبات أو المساعدة في الاستحمام أو المساعدة في استخدام المرحاض، فقد تتم عملية تحديد أهليتك لهذه الخدمات بشكل أسرع إذا كنت تستوفي الشروط التالية:

- إذا لم يكن لديك مقدمو رعاية غير رسميين متاحين وقادرين ومستعدين لتقديم أو الاستمرار في تقديم الرعاية؛
- وإذا كنت لا تتلقى المساعدة اللازمة لك من وكالة خدمات للرعاية المنزلية؛
- وإذا لم يكن لديك مستلزمات أو معدات تكيفية أو مخصصة تستخدمها لتلبية احتياجاتك؛
- وإذا لم يكن لديك تأمين من جهة خارجية أو مخصصات Medicare متاحة لتدفع مقابل المساعدة اللازمة لك.

إذا لم يكن لديك بالفعل تغطية Medicaid، وتستوفي الشروط المذكورة أعلاه، فإنه يمكنك طلب معالجة استمارة طلبك لبرنامج Medicaid بشكل أسرع عن طريق إرسال: استمارة طلب Access NY Health Insurance مكتملة (DOH-4220)، ونموذج Access NY Supplement A "الملحق A من Access NY" (DOH-5178A) وإذا لزم نموذج physician's order "أمر الطبيب" (DOH-4359 أو HCSP-M11Q) أو Practitioner Statement of Need "بيان الممارس بالحاجة الطبية" (DOH-5779) للخدمات (انظر الملحوظة أدناه)؛ و"إقرار الحاجة العاجلة" موقعاً (الصفحة 3 من هذا الإخطار).

إذا كان لديك بالفعل تغطية Medicaid التي لا تتضمن تغطية خدمات الرعاية المجتمعية طويلة المدى، يجب عليك إرسال نموذج Access NY Supplement A (DOH-5178A) مكتملاً أو نموذج physician's order (DOH-4359 أو HCSP-M11Q) أو بيان Practitioner Statement of Need (DOH-5779) للخدمات (انظر الملحوظة أدناه) و"إقرار الحاجة العاجلة" موقعاً (الصفحة 3 من هذا الإخطار).

إذا كان لديك بالفعل تغطية Medicaid التي تتضمن تغطية خدمات الرعاية المجتمعية طويلة المدى، يجب عليك إرسال نموذج physician's order (DOH-4359 أو HCSP-M11Q) أو بيان Practitioner Statement of Need (DOH-5779) للخدمات (انظر الملحوظة أدناه) و"إقرار الحاجة العاجلة" (الصفحة 3 من هذا الإخطار).

**ملحوظة:** إذا كنت تبلغ من العمر أصغر من 18 عامًا، يجب عليك الحصول على نموذج physician's order (DOH-4359 أو HCSP-M11Q). وإذا كنت تبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر، يمكنك إما الحصول على نموذج Practitioner Statement of Need (DOH-5779) أو physician's order (DOH-4359 أو M11Q).

إذا لم يكن لديك بالفعل تغطية Medicaid أو كانت لديك تغطية Medicaid التي لا تتضمن تغطية خدمات الرعاية المجتمعية طويلة المدى: يجب إرسال جميع النماذج المطلوبة (انظر القائمة المعنية، أعلاه) إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي، أو كنت تقيم في NYC، إلى إدارة الموارد البشرية (HRA). في أقرب وقت ممكن بعد تلقي جميع هذه النماذج، سيتحقق مكتب الخدمات الاجتماعية/HRA بعد ذلك من أنك قد أرسلت جميع المعلومات اللازمة لتحديد أهليتك لبرنامج Medicaid. وفي حالة الحاجة إلى معلومات إضافية، سيتوجب عليهما إرسال خطاب لك في موعد أقصاه أربعة أيام بعد تلقي هذه النماذج المطلوبة، لطلب المعلومات الناقصة. سيخبرك هذا الخطاب بالوثائق أو المعلومات التي تحتاج إلى إرسالها والتاريخ الذي بحلوله عليك يجب عليك إرسالها. يجب أن يخبرك مكتب الخدمات الاجتماعية/HRA إذا كنت مؤهلاً لبرنامج Medicaid أم لا، في موعد أقصاه 7 أيام بعد تلقيه المعلومات الضرورية. سيحدد أيضًا مكتب الخدمات الاجتماعية/HRA إذا ما كنت ستحصل على خدمات PCS أو CDPAS، إذا حُدد أنك مؤهل لبرنامج Medicaid، في موعد أقصاه 12 يومًا بعد تلقيه جميع المعلومات الضرورية. لا يمكنك الحصول على هذه الرعاية المنزلية من برنامج Medicaid إلا إذا حُدد أنك مؤهل لبرنامج Medicaid. سيخبرك مكتب الخدمات الاجتماعية/HRA إذا حُدد أنك مؤهل لبرنامج Medicaid وخدمات PCS أو CDPAS وستحصل على الرعاية المنزلية في أسرع وقت ممكن.

**إذا كان لديك بالفعل تغطية Medicaid التي تتضمن تغطية خدمات الرعاية المجتمعية طويلة المدى:**

يجب إرسال نموذج physician's order (DOH-4359 أو HCSP-M11Q) أو نموذج (DOH-5779) Practitioner Statement of Need، مع "إقرار الحاجة العاجلة" إلى المكتب المحلي للخدمات الاجتماعية أو إدارة HRA. سيحدد مكتب الخدمات الاجتماعية/HRA ما إذا كان بإمكانك الحصول على خدمات PCS أو CDPAS في موعد أقصاه 12 يومًا بعد تلقيه هذه النماذج المطلوبة. سيخبرك مكتب الخدمات الاجتماعية/HRA إذا حُدد أنك مؤهل للحصول على خدمات PCS أو CDPAS وستحصل على الرعاية المنزلية في أسرع وقت ممكن.

يمكن الحصول على النماذج الضرورية من الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية أو تتوفر النماذج للطباعة من موقع Department of Health الإلكتروني على الرابط: [http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/#apply](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#apply)

## إقرار الحاجة العاجلة إلى خدمات الرعاية الشخصية/ خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك

أقر أنا، \_\_\_\_\_ (الاسم)

بأنني بحاجة إلى خدمات الرعاية الشخصية العاجلة أو خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك.  
وأقر أيضًا بالآتي:

- عدم وجود أي مقدم رعاية غير رسمي ومتطوع ومتاح وقادر ومستعد لتقديم المساعدة اللازمة لي أو مواصلة تقديمها؛
  - وعدم تقديم المساعدة اللازمة لي من قبل أي وكالة خدمات رعاية منزلية؛
  - ولا أستخدم مستلزمات أو معدات تكيفية أو مخصصة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر؛ كراسي الحمام المتنقلة أو أوعية التبول أو المشايات أو الكراسي المتحركة، من أجل تلبية حاجتي إلى المساعدة أو لا يمكنها تلبيةها؛
  - ولا يتوفر لي تأمين من جهة خارجية أو مخصصات Medicare للدفع مقابل المساعدة اللازمة.
- أشهد أن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج صحيحة ومكتملة إلى حد علمي.

تاريخ التوقيع

توقيع مقدم الطلب/الممثل

## الأفراد المتلقون لخدمات الرعاية طويلة المدى في دار رعاية أو مستشفى

إذا كنت تتلقى خدمات رعاية طويلة المدى في دار رعاية أو مستشفى وتنوي الرجوع إلى المنزل، فقد تتم عملية تحديد أهليتك لخدمات الرعاية الشخصية أو خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك بشكل أسرع. اتبع التوجيهات في الصفحة السابقة واملأ المعلومات المطلوبة أدناه.

أنا موجود في دار رعاية أو مستشفى وحُدد موعد الرجوع إلى المنزل في

التاريخ

تواصل معي أو مع الممثل القانوني الخاص بي بالاتصال على الرقم \_\_\_\_\_.