

## 关于紧急需要个人护理/ 客户导向个人援助服务

如果您认为您急需个人护理服务 (Personal Care Services, PCS) 或客户导向个人援助服务 (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS), 例如家政服务、餐饮准备、洗澡或如厕, 则在您满足以下条件的情况下, 我们可能会加速处理您获得这些服务的资格:

- 您没有非正式的看护人员有时间、有能力且愿意提供或继续提供护理;
- 您没有从家庭护理服务机构处获得所需援助;
- 您没有适配或专用的设备或用品可用来满足您的需求; 以及
- 您没有第三方保险或 Medicare 福利来支付所需援助的费用。

**如果您还没有 Medicaid 保险**, 但满足上述条件, 则您可通过提交以下文件要求加速处理您的 Medicaid 申请: 填妥的“Access NY 健康保险申请表”(Access NY Health Insurance Application)(DOH-4220); “Access NY 补充材料 A”(Access NY Supplement A)(DOH-5178A) (如有需要); 医嘱单 (DOH-4359 或 HCSP-M11Q) 或针对服务的“从业者需求声明”(Practitioner Statement of Need)(DOH-5779) (见下文注释); 以及签署的“紧急需要证明”(Attestation of Immediate Need) (本通知第 3 页)。

**如果您已有 Medicaid 保险, 但不承保社区长期护理服务**, 则您必须提交以下文件: 填妥的“Access NY 补充材料 A”(DOH-5178A); 医嘱单 (DOH-4359 或 HCSP-M11Q) 或针对服务的“从业者需求声明”(DOH-5779) (见下文注释); 以及签署的“紧急需要证明”(本通知第 3 页)。

**如果您已有 Medicaid 保险, 且承保社区长期护理服务**, 则您必须提交医嘱单 (DOH-4359 或 HCSP-M11Q) 或针对服务的“从业者需求声明”(DOH-5779) (见下文注释) 以及签署的“紧急需要证明”(本通知第 3 页)。

**注意:** 如未满 18 岁, 则必须提供医生的医嘱单 (DOH-4359 或 HCSP-M11Q)。如已满 18 岁, 则可以提供“从业者需求声明”(DOH-5779) 或医嘱单 (DOH-4359 或 M11Q)。

**如果您还没有 Medicaid 保险或您的 Medicaid 保险不承保社区长期护理服务:** 您必须将所有必要表格 (请见上方相应清单) 提交至当地的社会服务办公室, 或者, 如果您住在纽约市, 则寄至 Human Resources Administration (人力资源管理局, HRA)。社会服务办公室/HRA 在收到所有表格后会尽快进行核对, 以确保您已提供用于确定您 Medicaid 资格的所有必要信息。如需更多信息, 他们会在收到这些所需表格后的四天内向您致函, 并要求您提供所缺失的信息。此信函将告知您需要提交的文件或信息, 以及提交的截止日期。在社会服务办公室/HRA 收到必要信息后的 7 天内, 他们必须通知您是否符合 Medicaid 的资格。在社会服务办公室/HRA 收到所有必要信息后的 12 天内, 他们也将确定在您符合 Medicaid 资格的情况下您是否可以获得 PCS 或 CDPAS。只有您被确定符合 Medicaid 的资格后, 才可从 Medicaid 获得此家庭护理服务。若经确定您符合 Medicaid 和 PCS 或 CDPAS 的资格, 社会服务办公室/HRA 将通知您, 届时您将很快可以获得家庭护理服务。

**如果您已有 Medicaid 保险，并承保社区长期护理服务：**

您必须将医嘱单（DOH-4359 或 HCSP-M11Q）或“从业者需求声明”(DOH-5779) 以及签署的“紧急需要证明”提交至您当地的社会服务办公室或 HRA。在社会服务办公室/ HRA 收到这些所需表格后的 12 天内，他们将确定您是否可以获得 PCS 或 CDPAS。若经确定您符合 PCS 或 CDPAS 的资格，社会服务办公室/ HRA 将通知您，届时您将很快可以获得家庭护理服务。

您可在当地的社会服务局领取所需表格，也可以在 Department of Health 的网站上打印：

[http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/#apply](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#apply)

## 关于紧急需要个人护理/ 客户导向个人援助服务的证明

本人，\_\_\_\_\_ (姓名)

证明本人急需个人护理服务或客户导向个人援助服务。

本人还证明：

- 没有非正式的志愿看护人员有时间、有能力并愿意为本人提供或继续提供所需的援助；
- 没有家庭护理服务机构向本人提供所需的援助；
- 没有使用适配或专用的设备或用品，包括但不限于床边洗脸台、尿壶、助行器或轮椅，可用来满足本人的援助需求，或无法满足本人的援助需求；以及
- 第三方保险或 Medicare 福利无法用于支付所需援助的费用。

本人证明，据本人所知，此证明表上的所有信息均准确完整。

\_\_\_\_\_  
申请人/代表签名

\_\_\_\_\_  
签字日期

## 在疗养院或医院接受长期护理服务的个人

如果您目前正在疗养院或医院接受长期护理服务并打算出院，您可能会更快获得个人护理服务或客户导向个人援助服务的资格。请按照上页说明填写下方所需信息。

本人目前住在疗养院或医院，并且准备于以下日期出院

\_\_\_\_\_  
日期

请拨打 \_\_\_\_\_ 与本人或本人的法律代表联系。