

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОГРАНИЧЕННЫХ ИСКЛЮЧЕНИЯХ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПРОЧИХ УСЛУГ

(Выдается поставщиком услуг по трудоустройству людей с ограниченными возможностями или услуг по предоставлению отдыха)

Дата:

Имя и адрес поставщика:

Имя и адрес лица:

Плата за текущие услуги по трудоустройству людей с ограниченными возможностями или услуги по предоставлению отдыха: долл. США _____ за

Вы получили данное уведомление, поскольку вы отвечаете одному из указанных критериев: (1) вы являетесь вышеуказанным лицом и запрашиваете услуги для себя; (2) вы отвечаете за оплату услуг для вышеуказанного лица; или (3) вы отвечаете за управление финансами вышеуказанного лица.

Нам сообщили, что для вышеуказанного лица были запрошены дополнительные услуги, которые регулируются Управлением по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития штата Нью-Йорк (OPWDD). Таким образом, лицу предоставлено *ограниченное исключение* по обязательствам OPWDD в соответствии с правилами оказания услуг. **Данное *ограниченное исключение* прекращает действовать с даты, когда лицо начинает получать любую из следующих услуг:**

- абилитация в отдельных условиях проживания (IRA) или при проживании в жилом комплексе, либо в учреждении семейного типа
- услуги в отделении для пациентов с ограниченными интеллектуальными возможностями (ICF/IID), нуждающихся в уходе и рутинных медицинских услугах
- дневной стационар
- дневная абилитация
- контроль ухода
- социальная адаптация
- услуги обучения простейшим трудовым навыкам
- отдых
- услуги трудоустройства для людей с ограниченными возможностями (SEMP)

Перед началом оказания дополнительных услуг мы должны выяснить, кто несет ответственность за оплату стоимости услуг. Это может быть Medicaid или иной плательщик, например, само лицо или его опекун. Вы должны предоставить нам информацию, необходимую, чтобы принять такое решение. Мы должны принять это решение, даже если вы предлагаете оплатить услуги. Если Medicaid не отвечает за оплату услуг, нам необходимо определить, отвечает ли за оплату услуг другой плательщик и может ли этот другой плательщик позволить себе внести оплату.

Если действие *ограниченного исключения* завершится, мы можем выставить вам счет за услуги трудоустройства людей с ограниченными возможностями или услуги предоставления отдыха, а также мы вправе отказать или прекратить оказание этих услуг, если оплата не будет получена. Лицо или другая ответственная сторона должны оплатить услуги. В противном случае человеку потребуется страховое покрытие Medicaid, которое предусматривает оплату трудоустройства людей с ограниченными возможностями или услуг предоставления отдыха, а также для участия в программе Услуг, оказываемых на дому и по месту жительства (HCBS). В исключительных случаях возможны скидки или отмена комиссионных сборов.

Если лицо уже участвует в программе Medicaid, вам необходимо предоставить подтверждение покрытия, в том числе идентификационный номер клиента Medicaid. Лицо должно оставаться участником программы Medicaid в будущем. Если лицо будет лишено покрытия, вам необходимо сообщить нам об этом.

Если лицо не участвует в программе Medicaid:

Вам необходимо будет оплатить услуги, если иной плательщик отсутствует. Если вы отвечаете за распоряжением средствами лица, вы должны будете воспользоваться этими средствами, чтобы оплатить услуги.

ИЛИ

Вам необходимо подать заявку в Medicaid, если услуги не могут быть оплачены иным плательщиком. При подаче заявления на участие в программе Medicaid вы должны отвечать всем требованиям и обеспечить покрытие Medicaid. Мы можем помочь вам подать заявку в Medicaid или подать заявку от вашего имени, указав информацию, которую вы нам предоставите.

В период оказания услуг вы должны информировать нас о:

- Том, что получили какое-либо уведомление от Medicaid относительно утраты индивидуального покрытия Medicaid. Вам необходимо проинформировать нас о таком уведомлении в течение пяти дней с даты его получения.
- Том, что произошли изменения в покрытии Medicaid.
- Том, что произошли изменения, которые могут повлиять на покрытие Medicaid, включая, помимо прочего, изменения, связанные с доходами, сбережениями или иными ресурсами, жизненными обстоятельствами или иммиграционным статусом.
- Том, что вы более не можете себе позволить оплачивать услуги, вы считаете, что более не отвечаете за оплату стоимости услуг, или вы считаете, что другой плательщик отвечает за оплату стоимости услуг.

Мы должны обеспечивать конфиденциальность вашей информации. Доступ к вашей информации будет предоставлен только тем лицом, которым она необходима для выполнения их работы. А именно - сотрудникам штата Нью-Йорк и других агентств, если это необходимо для подачи заявления на получение льгот, по таким программам как Medicaid, Программа "Дополнительный доход по социальному обеспечению", Medicare, Программа дополнительной продовольственной и социальной поддержки (SNAP).

Полная сумма оплаты за оказание запрашиваемых услуг, указана на лицевой стороне настоящего уведомления или на листе, который прилагается к настоящему уведомлению. Если сумма оплаты будет снижена, вы должны будете оплачивать сниженную сумму. Если сумма оплаты будет уменьшена, а позже будет установлено, что вы имеете возможность оплатить полную стоимость, вам будет необходимо оплатить полную сумму. Мы направим вам письменное уведомление за 30 дней, если размер оплаты изменится. Вы по-прежнему будете обязаны оплачивать свои услуги, а штат по-прежнему может требовать от вас оплату за уже оказанные услуги, если:

- Вы не оплатили услуги, оплату за которые должны были произвести вы, и за них заплатил штат;
- В соответствии с законодательством мы должны оказывать услуги несмотря на то, что вы их не оплачиваете; или
- Имеет место судебное разбирательство по вопросу прекращения оказания услуг.

Вы по-прежнему отвечаете за внесение оплаты, и мы по-прежнему будем выставять вам счета за услуги, оказанные в данных обстоятельствах.

Если вы осуществляете оплату за услуги, вам будут направлены счета. Счет за месяц будет выслан до 30-го числа месяца, следующего за месяцем, когда были оказаны услуги. Если вы не оплачиваете счета, мы предпримем меры для взыскания с вас необходимой суммы. Мы не вправе нарушать процесс оказания услуг, беспокоить или запугивать вас или другое лицо по причинам, связанным с оплатой счетов. Если счета вами не будут оплачены, и будет получено согласие от OPWDD, нам придется передать наши требования касательно оплаты на рассмотрение штата Нью Йорк.

Предоставление вам услуг по трудоустройству людей с ограниченными возможностями или услуг предоставления отдыха может быть прекращено, если вы не являетесь участником Medicaid и никто не оплачивает ваши услуги. Если вы получали услуги по трудоустройству людей с ограниченными возможностями или услуги предоставления отдыха непрерывно с 15 марта 2010 года, прекращение услуг по причине отсутствия оплаты не предусмотрено. Прекращение оказания услуг может произойти по **причинам, не связанным с оплатой**. Мы обязаны соблюдать стандартные правила прекращения оказания услуг. В услугах не может быть отказано или их оказание не может быть прекращено, если это не допускается законом.