

## Имя и адрес поставщика

### ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЛИЦ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА УСЛУГАМИ

Запрошенные услуги: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(Имя получателя услуги)

Оплата за запрашиваемые услуги: долл.США\_ за \_\_\_\_\_

Вы получили это уведомление, поскольку: (1) вы являетесь указанным выше лицом и запрашиваете услуги для себя, (2) вы несете ответственность за оплату услуг для указанного выше лица или (3) вы отвечаете за денежные средства вышеуказанного лица.

Данные услуги являются услугами, которые предоставляются под контролем Управления штата Нью-Йорк по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (New York State Office For People With Developmental Disabilities, OPWDD). Услуги, отмеченные ниже, были запрошены указанным выше лицом или от его имени.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> услуги адаптации по месту жительства для независимого проживания дома, оказываемые в альтернативных учреждениях, предоставляющих индивидуализированные услуги (IRA), в учреждении для лиц с особыми потребностями либо в учреждении семейного типа, предоставляющем услуги по уходу | <input type="checkbox"/> дневные услуги адаптации                                    |
| <input type="checkbox"/> услуги, предоставляемые в учреждении промежуточного ухода, для лиц с инвалидностью вследствие врожденных пороков развития (ICF/DD)  | <input type="checkbox"/> дневное лечение   |
|  | <input type="checkbox"/> управление оказанием медицинского ухода в отдельных случаях |
|  | <input type="checkbox"/> услуги адаптации по месту жительства                        |
|  | <input type="checkbox"/> услуги предпрофессиональной подготовки                      |
|  | <input type="checkbox"/> услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход                |
|  | <input type="checkbox"/> услуги программы помощи в трудоустройстве (SEMP)            |

Любое лицо, получающее данные услуги, должно иметь такую страховку Medicaid, которая покрывает данные услуги, или должно оплачивать данные услуги самостоятельно.

#### Предоставление нам информации

**До начала предоставления услуг** мы должны определить, кто будет оплачивать предоставление услуг: Medicaid или другой плательщик, например, само лицо или его законный опекун. Поэтому вы должны предоставить нам запрашиваемую информацию. Даже если вы согласны оплачивать услуги, мы должны сделать для себя выводы.

Если Medicaid не несет ответственности за оплату услуг, нам нужно решить - несет ли другой плательщик ответственность за оплату услуг и может ли этот другой плательщик позволить себе это.

***Если лицо, получающее услуги, уже является участником соответствующего плана программы Medicaid***, вы должны предоставить нам идентификационный номер клиента Medicaid (Medicaid Client Identification Number) (или другое доказательство участия в программе Medicaid). Участник должен сохранить свое участие в программе Medicaid в будущем. Если лицо утрачивает право покрытия, вы должны сообщить нам об этом.

**Если лицо еще не имеет покрытия по программе «Медикэйд»:**

**Вы должны оплатить услуги**, если не имеется другого плательщика. Если вы несете ответственность за деньги лица, вы должны использовать его деньги только для оплаты услуг.

**ИЛИ**

**Вы должны подать заявку на получение «Медикэйд»**, если ни один другой плательщик не может оплатить услуги. Подавая заявку на получение «Медикэйд», вы должны принять все законные меры для получения и поддержания покрытия расходов по программе «Медикэйд». Мы можем оказать помощь в процессе подачи заявки на получение услуг «Медикэйд» или подать заявку от вашего имени, указав информацию, которую вы нам предоставили.

**Во время предоставления услуг вы должны проинформировать нас о следующем:**

- Вы получили от округа «Медикэйд» уведомление об утрате индивидуальной медицинской страховки. Вы должны донести до нас это уведомление в течение пяти дней с момента его получения.
- Произошли изменения в страховании лица по программе «Медикэйд».
- Произошли изменения, которые могут повлиять на покрытие медицинской помощи для лица, включая, помимо прочего, изменения в доходах, сбережениях или других ресурсах, жизненной ситуации или иммиграционном статусе.
- Вы больше не можете позволить себе оплачивать стоимость услуг, вы считаете, что больше не несете ответственность за стоимость услуг, или что другой плательщик несет ответственность за стоимость услуг.

**Мы должны защищать конфиденциальность вашей информации.** Мы предоставим доступ к вашей информации только тем, которым она потребуется для выполнения своей работы. К ним относятся сотрудники штата Нью-Йорк и сотрудники других агентств, в случаях необходимости для подачи заявления на получение таких льгот, как «Медикэйд», «Дополнительный гарантированный доход», «Медикэйр», «Социальное обеспечение» и «Американская программа льготной покупки продуктов» (SNAP).

**Если лицо обращается с просьбой об отказе от Услуг на дому и в местном сообществе (HCBS), вы должны предпринять необходимые шаги, чтобы зачислить его в программу «Отказ от HCBS».** Услугами, которые не являются услугами «Отказа от HCBS», являются ICF/IID, дневное лечение и/или управление оказанием медицинского ухода. «Медикэйд» не будет оплачивать услуги «Отказа от HCBS», если лицо не зачислено в программу «Отказ от HCBS».

**Полная стоимость** запрошенных услуг указана на лицевой стороне данного уведомления или на листе, прилагаемом к данному уведомлению. Если мы снижаем плату, вы должны будете оплатить сниженную плату. Если мы снизим плату и позже определим, что вы сможете заплатить полную стоимость, то вы должны будете заплатить полную стоимость. Мы предоставим вам письменное уведомление за 30 дней, если размер платы изменится. Вам все равно необходимо будет оплатить за свои услуги, даже если возникнут следующие обстоятельства: вы не оплатили услуги, за которые вы должны были заплатить, и Штат оплатил эти услуги, закон требует, чтобы мы предоставляли услуги, несмотря на ваше  
Управление штата Нью-Йорк по делам лиц, имеющих инвалидность  
вследствие пороков развития (New York State Office For People With  
Developmental Disabilities) **Форма OPWDD LIAB 05 (7/2020)**

уклонение от оплаты, или судебные разбирательства по прекращению предоставления услуг еще не завершены. Вы все равно будете нести ответственность за оплату, и мы все равно выставим вам счет за услуги, оказанные при этих условиях.

**Мы вышлем вам счета**, если вы оплачиваете услуги. Мы вышлем вам ежемесячный счет до 30 числа месяца, следующего за услугой. Например, мы вышлем вам счет за апрельские услуги до 30 мая. Если вы не оплатите счета, мы постараемся получить от вас оплату. Мы не можем вмешиваться в работу служб, преследовать или угрожать вам или кому-либо еще по поводу ваших счетов. Если вы все еще не оплачиваете счета, и OPWDD соглашается с этим, мы должны переуступить штату Нью-Йорк наше требование об оплате.

**Мы можем отказать в предоставлении услуг или прекратить их предоставление.** Мы можем отклонить ваш запрос на услуги, если все нижеследующее верно: «Медикэйд» не будет оплачивать услуги, и у нас не имеется разумных гарантий, что другой плательщик оплатит услуги. Если мы начнем оказывать услуги, в некоторых случаях мы можем прекратить оказание этих услуг в случае, если плательщик перестал платить за них. Если мы прекращаем оказание услуг за неуплату, мы обязаны следовать обычным правилам прекращения оказания услуг. Мы не можем отказать или прекратить оказание услуг, если это запрещено законом.

### **Ограниченное исключение**

Если лицо получает услуги только сиделки ИЛИ лицо получило только услуги по трудоустройству людей с ограниченными возможностями до 1 июля 2015 года и продолжает получать только услуги по трудоустройству людей с ограниченными возможностями, то это лицо может иметь право на ограниченное исключение в отношении платежной ответственности. Это означает, что лицо может продолжать получать услуги по предоставлению услуг сиделки или услуги по трудоустройству людей с ограниченными возможностями (но оба одновременно), не получая за это счета на оплату и не подавая заявку на получение «Медикэйд» и программу «Отказ от HCBS». Для того, чтобы больше узнать об ограниченном исключении, вы можете запросить следующие публикации: «Информация об ограниченном исключении для услуг сиделки» и «Информация об ограниченном исключении для трудоустройства людей с ограниченными возможностями, имеющих право на освобождение от обязательств».