

اسم المزود وعنوانه:

إشعار المسؤولية للأفراد المتقدمين للحصول على الخدمات

الخدمات المطلوبة لـ: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
(اسم متلقي الخدمة)

رسوم الخدمات المطلوبة: \$ \_\_\_\_\_ لكل \_\_\_\_\_

لقد تلقيت هذا الإشعار لأن إحدى التصاريح التالية صحيحة: (١) أنت هو الشخص المذكور أعلاه وتطلب الخدمات لنفسك، (٢) أنت مسؤول عن الدفع مقابل الخدمات المقدمة للفرد المذكور أعلاه، أو (٣) أنت مسؤول عن إدارة الشؤون المالية الخاصة بالفرد المذكور أعلاه..

يشرف مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو (OPWDD) على الخدمات المدرجة أدناه. تم طلب هذه الخدمات المحددة أدناه من قبل الشخص المذكور أعلاه أو نيابة عنه.

- التأهيل السكني في بديل سكني فردي (IRA) أو سكن مجتمعي، أو بيت رعاية أسرية
- خدمات مرافق الرعاية الوسيطة للأفراد ذوي الإعاقات الذهنية (ICF/IID)
- التأهيل النهاري
- الرعاية النهارية
- إدارة الرعاية
- التأهيل المجتمعي
- الخدمات المهنية التحضيرية
- خدمات الرعاية المؤقتة
- خدمات التوظيف المدعومة (SEMP)

يجب أن يدفع كل فرد يتلقى هذه الخدمات كلفتها أو أن يحصل على تغطية من برنامج المساعدة الطبية التي ستقوم بتسديدها.

#### تقديم المعلومات

ينبغي تحديد الجهة المسؤولة عن دفع كلفة الخدمات **قبل البدء بتقديمها**. وقد تكون برنامج المساعدة الطبية أو جهة دفع أخرى، كالفرد أو الوصي القانوني للفرد. لا بدّ من تزويدنا بالمعلومات التي نحتاجها بغية اتخاذ هذا القرار. كذلك، يجب أن نتخذ هذا القرار حتى لو عرضت الدفع مقابل الخدمات. إذا لم يكن برنامج المساعدة الطبية مسؤولاً عن تسديد كلفة الخدمات، سنحدد ما إذا كان هناك جهة دفع أخرى مسؤولة عن دفع هذه الكلفة وما إذا كانت تستطيع تحملها.

إذا كان الفرد يتمتع بالفعل بتغطية من برنامج المساعدة الطبية، فلا بد أن يزودنا بإثبات التغطية بما في ذلك رقم تعريف العميل الخاص بالفرد. كذلك، يجب أن يحافظ الفرد على هذه تغطية برنامج المساعدة الطبية في المستقبل. كما يجب أن يبلغنا في حال فقدانها.

**إذا لم يكن يتمتع الفرد بالفعل بتغطية من برنامج المساعدة الطبية:**

يجب أن تدفع مقابل الخدمات في حال عدم وجود أي جهة دفع أخرى. إذا كنت مسؤولاً عن أموال الفرد، فلا بد من استخدام أموال الفرد فقط من أجل دفع كلفة الخدمات.

أو

ينبغي أن تتقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الطبية في حال عدم وجود أي جهة دفع أخرى يمكنها الدفع مقابل الخدمات. عند التقدم للحصول على هذه المساعدة، يجب اتخاذ جميع الخطوات القانونية من أجل التأهل للحصول على تغطية برنامج المساعدة الطبية والحفاظ عليها. يمكننا المساعدة في عملية التقديم للحصول على برنامج المساعدة الطبية أو التقديم نيابة عنك عبر المعلومات التي تزودنا بها.

**أثناء استمرار تقديم الخدمات، يجب أن تبلغنا بما يلي:**

- أنك قد تلقيت أي إشعار من منطقة برنامج المساعدة الطبية حول فقدان تغطية البرنامج للفرد في غضون خمسة أيام من تاريخ استلامه.

- أنه حدثت بعض التغييرات في تغطية برنامج المساعدة الطبية للفرد.

- أنه حدثت تغييرات قد تؤثر على تغطية برنامج المساعدة الطبية للفرد بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر تغييرات في الدخل أو المدخرات أو الموارد الأخرى أو الوضع المعيشي أو وضع الهجرة.

- أنك لم تعد قادراً على تحمل كلفة الخدمات، أو تعتقد أنك لم تعد مسؤولاً عن كلفة الخدمات، أو تعتقد أن جهة دفع أخرى هي المسؤولة عن كلفة الخدمات.

**يجب أن نقوم بحماية سرية معلوماتك.** لذلك، سنوفر الوصول إلى معلوماتك فقط لأولئك الذين يحتاجونها من أجل أداء عملهم. وهذا يشمل موظفي ولاية نيويورك وموظفي الوكالات الأخرى حسب الضرورة من أجل التقدم للحصول على استحقاقات كبرنامج المساعدة الطبية ودخل الضمان التكميلي والرعاية الطبية والضمان الاجتماعي وبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

**إذا طلب الفرد خدمات التنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS)، فيجب أن تتخذ الخطوات اللازمة من أجل تسجيل الفرد في خدمات التنازل (HCBS).** ويعتبر مرفق الرعاية الوسيطة للأفراد ذوي الإعاقات الذهنية (ICF/IID) أو الرعاية النهارية و/أو إدارة الرعاية خارج خدمات التنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS). ولن يدفع برنامج المساعدة الطبية مقابل خدمات التنازل (HCBS) إذا لم يكن الفرد مسجلاً في برنامج التنازل (HCBS).

تظهر الرسوم الكاملة للخدمات المطلوبة في مقدمة هذا الإشعار أو على ورقة مرفقة به. إذا قمنا بتخفيض الرسوم، يجب أن تدفع الرسوم المخفضة. إذا خفضنا الرسوم وقررنا لاحقاً أنك قادر على دفع الرسوم كاملة، فسوف يتعين عليك دفعها بالكامل. سنزودك بإخطار كتابي مدته ٣٠ يوماً إذا تغير تخفيض الرسوم. سنظل مسؤولاً عن الدفع مقابل خدماتك حتى في حال حدوث الظروف التالية: لم تدفع مقابل الخدمات التي تتحمل مسؤوليتها ودفعت الولاية كلفتها، يتطلب القانون منا تقديم الخدمات بغض النظر عن عدم الدفع، أو أن الإجراءات القانونية لإيقاف الخدمات معلقة. سنظل مسؤولاً عن الرسوم وسنقوم بإرسال الفواتير لك مقابل الخدمات المقدمة في ظل هذه الظروف.

**سنرسل لك الفواتير** إذا كنت تدفع مقابل الخدمات. سوف نرسل لك فاتورة شهرية بحلول الثلاثين من الشهر التالي للخدمة. على سبيل المثال، سنرسل لك فاتورة لخدمات نيسان/أبريل بحلول الثلاثين من أيار/مايو. إذا لم تدفع الفواتير، فسنحاول تحصيل المدفوعات منك. لا يمكننا التدخل في الخدمات أو مضايقتك أو تهديدك أو تهديد أي شخص آخر بشأن فواتيرك. إذا لم تدفع الفواتير، يجب إحالة المطالبة بالدفع إلى ولاية نيويورك بعد الحصول على موافقة مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو (OPWDD).

**يمكننا رفض تقديم الخدمات أو إيقافها.** يمكننا رفض طلبك للحصول على الخدمات إذا كانت التصاريح التالية صحيحة: لن يدفع برنامج المساعدة الطبية مقابل الخدمات وليس لدينا تأكيدات معقولة بأن جهة دفع أخرى ستدفع الكلفة. يمكننا إيقاف تقديم الخدمات، حتى بعد البدء بها، في حال توقفت جهة الدفع عن تسديد كلفة الخدمات في بعض الحالات. إذا أوقفنا الخدمات بسبب عدم الدفع، فلا بدّ من اتباع القواعد العادية لإيقافها. لا يمكننا رفض الخدمات أو إيقافها إذا كان القانون يمنع ذلك.

#### الاستثناء المحدود

إذا تلقى الفرد خدمات الرعاية المؤقتة فقط أو إذا تلقى الفرد خدمات التوظيف المدعومة فقط قبل ١ تموز/يوليو ٢٠١٥ واستمر في تلقي خدمات التوظيف المدعومة فقط، فقد يكون الفرد مؤهلاً للحصول على استثناء محدود من مسؤولية الدفع. هذا يعني أنه يمكن للفرد أن يستمر في تلقي خدمات الرعاية المؤقتة أو التوظيف المدعومة (ولكن ليس كلاهما) من دون أن يدفع فواتير مقابل الخدمة ومن دون التقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الطبية والتنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS). لمعرفة المزيد حول الاستثناء المحدود، يمكنك طلب هذه المنشورات: "معلومات حول الاستثناء المحدود الخاص بخدمات الرعاية المؤقتة" و "معلومات حول الاستثناء المحدود الخاص بالتوظيف المدعوم للأفراد المؤهلين ليكونوا معفيين".