

Nazwa i adres świadczeniodawcy

POWIADOMIENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Wniosek o świadczenia dla: _____ Data: _____
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

Otrzymałeś/-łaś to powiadomienie, ponieważ jedno z następujących jest prawdziwe: (1) jesteś wyżej wymienioną osobą i składasz wniosek o przyznanie świadczeń dla siebie, (2) jesteś odpowiedzialny/a za pobieranie świadczeń dla wyżej wymienionej osoby lub (3) jesteś odpowiedzialny/a za zarządzanie finansami wyżej wymienionej osoby.

Wymienione poniżej świadczenia są nadzorowane przez Agencję ds. Osób z Niepełnosprawnością Rozwojową Stanu Nowy Jork (OPWDD). O otrzymanie poniższych świadczeń złożyła wniosek wymieniona wyżej osoba lub wniosek został złożony w jej imieniu.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> opieka domowa w zindywidualizowanej opcji opieki domowej (individualized residential alternative (IRA)), mieszkaniu wspólnotowym lub rodzinnym domu opieki | <input type="checkbox"/> zabiegi dzienne |
| <input type="checkbox"/> usługi placówki opieki pośredniej dla osób z niepełnosprawnością umysłową (ICF/IID) | <input type="checkbox"/> zarządzanie opieką zdrowotną |
| <input type="checkbox"/> opieka dzienna | <input type="checkbox"/> opieka wspólnotowa |
| | <input type="checkbox"/> usługi aktywizacji zawodowej |
| | <input type="checkbox"/> opieka okazjonalna |
| | <input type="checkbox"/> usługi zatrudnienia wspomaganego (supported employment services - SEMP) |

Każda osoba pobierająca te świadczenia musi albo pokryć ich koszty, albo posiadać ubezpieczenie Medicaid, które to zrobi.

Dostarczanie informacji

Przed rozpoczęciem świadczeń musimy ustalić, kto jest odpowiedzialny za opłacenie kosztów usług zdrowotnych. Może to być Medicaid lub inny płatnik, na przykład wnioskodawca lub jej opiekun prawny. Jesteś zobowiązany/a do podania nam informacji potrzebnych do podjęcia tej decyzji. Mamy obowiązek dokonania tych ustaleń, nawet, jeśli oferujesz, że sam/a pokryjesz koszty usług zdrowotnych. Jeśli ubezpieczenie Medicaid nie jest odpowiedzialne za pokrycie kosztów usług, ustalimy, czy inny płatnik jest za nie odpowiedzialny i czy ten inny płatnik jest zdolny pokryć te koszty.

Jeśli wnioskodawca jest już objęty ubezpieczeniem Medicaid, musi dostarczyć nam dowód ubezpieczenia, w tym identyfikator klienta Medicaid. Wnioskodawca musi w przyszłości pozostać objęty ubezpieczeniem Medicaid. Jeśli straci ubezpieczenie, musi poinformować nas o tym fakcie.

Jeśli wnioskodawca nie jest objęty ubezpieczeniem Medicaid:

Jeśli nie istnieje inny płatnik, ***musi samodzielnie pokryć koszty usług zdrowotnych***. Jeśli jesteś odpowiedzialny za fundusze wnioskodawcy, musisz użyć funduszy wnioskodawcy wyłącznie do opłacenia usług.

LUB

Musi złożyć wniosek o objęcie ubezpieczeniem Medicaid, jeśli żaden inny płatnik nie może pokryć kosztów usług zdrowotnych. Ubiegając się o ubezpieczenie Medicaid, wnioskodawca musi podjąć wszelkie kroki prawne, aby zakwalifikować się do tego ubezpieczenia Medicaid i je utrzymać. Możemy pomóc w procesie składania wniosku o objęcie ubezpieczeniem Medicaid lub złożyć wniosek imieniu wnioskodawcy, korzystając z dostarczonych nam informacji.

W chwili, kiedy odbywa się świadczenie usług zdrowotnych, musisz informować nas o następujących faktach:

- Że otrzymałeś/-łaś zawiadomienie z rejonu Medicaid dotyczące utraty indywidualnego ubezpieczenia Medicaid. Musisz poinformować nas o tym zawiadomieniu w ciągu pięciu dni od daty jego otrzymania.
- Że nastąpiły zmiany w zakresie ubezpieczenia Medicaid wnioskodawcy.
- Że nastąpiły zmiany mogące wpłynąć na zakres ubezpieczenia Medicaid wnioskodawcy, w tym między innymi zmiany w dochodach, stanie oszczędności lub innych zasobów, sytuacji życiowej lub statusie imigracyjnym.
- Że nie stać Cię już na pokrycie kosztów usług zdrowotnych, uważasz, że nie ponosisz już odpowiedzialności za pokrycie kosztów usług zdrowotnych lub uważasz, że inny płatnik jest za nie odpowiedzialny.

Mamy obowiązek chronić poufność Twoich danych. Udostępnimy Twoje dane tylko tym, którzy potrzebują ich do wykonywania swojej pracy. Obejmuje to pracowników administracyjnych stanu Nowy Jork i pracowników innych agencji, jeśli jest to konieczne do ubiegania się o świadczenia, takie jak ubezpieczenie Medicaid, zasiłki z dodatkowego zabezpieczenia (Supplemental Security Income), świadczenia Medicare, ubezpieczenie społeczne i zasiłki z programu dodatkowej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP).

Jeśli wnioskodawca wnosi o zwolnienie z usług domowych i wspólnotowych (Home and Community Based Services (HCBS)), do Ciebie należy podjęcie niezbędnych kroków, aby zarejestrować wnioskodawcę w systemie rezygnacji z tych usług – HCBS Waiver. Usługi, które nie są usługami HCBS Waiver to ICF/IID, zabiegi dzienne i/lub zarządzanie opieką. Ubezpieczenie Medicaid nie pokryje kosztów usług HCBS Waiver, jeśli wnioskodawca nie jest zarejestrowana w HCBS Waiver.

Pełna opłata za wnioskowane usługi widnieje na początku niniejszego powiadomienia lub na arkuszu do niego dołączonym. Jeśli obniżymy opłatę, będziesz zobowiązany/a do uiszczenia obniżonej opłaty. Jeśli zmniejszymy opłatę, a później ustalimy, że jesteś w stanie uiścić pełną opłatę, będziesz zobowiązany/a do uiszczenia pełnej opłaty. Jeśli obniżka opłaty ulegnie zmianie, otrzymasz od nas pisemne powiadomienie z 30-dniowym wyprzedzeniem. Nadal będziesz zobowiązany/a do zapłaty za

świadczenia zdrowotne, nawet jeśli wystąpią następujące okoliczności: nie zapłaciłeś/-łaś za świadczenia, za które jesteś odpowiedzialny/a, a władze stanowe zapłaciły za te świadczenia, prawo wymaga od nas świadczenia usług zdrowotnych pomimo braku zapłaty z Twojej strony lub toczy się postępowanie sądowe w sprawie zaprzestania świadczenia usług. W dalszym ciągu będziesz odpowiedzialny/a za dokonywanie opłat, a my nadal będziemy wystawiać rachunki za usługi zdrowotne świadczone w takich okolicznościach.

Jeśli płacisz za świadczenia zdrowotne, **będziemy wysyłać Ci rachunki**. Otrzymasz od nas miesięczny rachunek do 30 dnia następnego miesiąca po wykonaniu świadczenia. Na przykład do 30 maja wyślemy Ci rachunek za świadczenia zdrowotne w kwietniu. Jeśli nie zapłacisz rachunków, będziemy się starać uzyskać ją od Ciebie w drodze windykacji. Nie wolno nam ingerować w świadczenia, nękać ani grozić Tobie ani nikomu innemu w związku z Twoimi płatnościami. Jeśli nadal nie zapłacisz rachunków, a OPWDD wyrazi na to zgodę, będziemy musieli przedłożyć nasze roszczenia zapłaty władzom stanu Nowy Jork.

Możemy odmówić świadczenia usług zdrowotnych lub zaprzestać ich świadczenia. Możemy odrzucić Twoją prośbę o świadczenie usług, jeśli wystąpią wszystkie poniższe okoliczności: Medicaid nie pokryje kosztów usługi i nie mamy uzasadnionych gwarancji, że inny płatnik zapłaci za świadczenia. Jeśli rozpoczniemy świadczenie usług, w niektórych przypadkach możemy je przerwać w przypadku, gdy płatnik przestał za nie płacić. Jeśli zrezygnujemy z usług z powodu braku płatności, jesteśmy zobowiązani do przestrzegania normalnych zasad rezygnacji z usług. Nie możemy odmówić lub zaprzestać świadczenia usług, jeśli prawo tego zabrania.

Wyjątek z ograniczeniem

Jeśli na rzecz wnioskodawcy świadczy się wyłącznie usługi zastępcze LUB wyłącznie usługi zatrudnienia wspomaganego przed 1 lipca 2015 r. i nadal korzysta on tylko z usług zatrudnienia wspomaganego, może kwalifikować się do wyjątku z ograniczeniem od odpowiedzialności płatniczej. Oznacza to, że wnioskodawca może nadal otrzymywać świadczenia zastępcze lub zatrudnienie wspomaganie (ale nie jedno i drugie) bez obciążania go rachunkiem za wyświadczoną usługę i bez ubiegania się o Medicaid i HCBS Waiver. Aby dowiedzieć się więcej na temat wyjątku z ograniczeniem, możesz poprosić o następujące materiały: „Informacje o wyjątku z ograniczeniem przy opiece okazjonalnej” oraz „Informacje o wyjątku z ograniczeniem dotyczącym zatrudnienia wspomaganego dla osób kwalifikujących się do zasady praw nabytych”.