

提供者的名稱與地址

### 2010 既存服務責任通知書

接受服務者：\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_

服務收費：\$ \_\_\_\_\_ 每 \_\_\_\_\_

您收到此份通知書，因為您是上述所稱之當事人並接受下列服務之一（或者您在輔助當事人），您必須用自己的錢為上述所稱之當事人所接受的服務付費，或因為您負責掌管上述所稱之當事人的錢財。若您是上述所稱之當事人，凡是您在此份通知書內所看到的「當事人」或「您」，就是指您本人。

我們給予當事人的服務項目為如下所勾選。這些服務受到紐約州發育障礙人士辦公室 (New York State Office For People With Developmental Disabilities) 監管。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MSC (醫療補助服務協調) | <input type="checkbox"/> 暫托照顧服務                |
| <input type="checkbox"/> 日托照顧           | <input type="checkbox"/> 輔助就業服務                |
| <input type="checkbox"/> 社區適應訓練         | <input type="checkbox"/> 擴大選項服務 (OPTS) 計劃混合式服務 |
| <input type="checkbox"/> 居家適應訓練         | <input type="checkbox"/> 擴大選項服務計劃綜合性服務         |
| <input type="checkbox"/> 職前訓練服務         |  |

自 2010 年 6 月 15 日起，任何人接受以上任何服務都必須擁有某種醫療補助 (Medicaid) 為其支付費用，或者必須自行為服務付費。在特殊狀況下得以免除或降低收費。

#### 提供資料給我們

在 2010 年 6 月 15 日前，您必須提供我們所索取的資料。如果醫療補助並未給付這些服務，我們必須設法尋求醫療補助或其他人士來付費。即使您同意為服務付費，我們可以索取資料以便瞭解誰必須為服務付費、必須為服務付費者能否負擔，以及醫療補助是否會支付。

2010 年 6 月 15 日之後，只要我們提供服務，您就必須告知下列訊息：

- 來自醫療補助地區辦事處之關於當事人喪失醫療補助的任何通知。您必須在收到通知或得知消息 5 天之內告知我們。
- 醫療補助給付類別的任何變動。
- 收入、儲蓄或其他資產、居住狀況、移民身份的任何改變，或是會影響當事人之醫療補助資格的任何其他變化。
- 您是否認為自己不再需要為服務付費，您是否認為付費者應該另有其人，或者您或他人是否不再有能力付費。

我們必須保護所取得資料之隱私權。只有為我們工作的特定人士得以索取並查看這類資料。我們只能把這類資料交給紐約州及其他機構以申請福利，諸如：醫療補助、聯邦醫療保險 (Medicare)、社會安全福利和食物券。

## 為服務付費

若當事人已有**正確種類的醫療補助**，您必須將其醫療補助客戶身份號碼 (或能證明其擁有醫療補助的任何其他東西) 交給我們，而且當事人必須在未來保有其醫療補助。

若當事人尚無**正確種類的醫療補助**：

**您將必須申請醫療補助**；如果無人支付我們的服務費用，而我們也不能免除收費。若您必須申請醫療補助，您必須採取一切合法措施使當事人合格擁有**正確種類的醫療補助**，並使得當事人能保有**正確種類的醫療補助**。您也可以把資料交給我們，讓我們來處理申請事宜或幫助您申請。

或

**您將必須支付服務費用**；若無其他人支付我們的費用，而我們也不能免除收費。若您負責掌管當事人的錢財，您只需要用當事人的錢來支付服務費用，而非動用您自己的錢。

**正確種類的醫療補助**是指將為當事人所接受之服務支付費用的種類。

**您必須採取一切必要措施使當事人參加家庭與社區式服務 (HCBS) 豁免計劃**，除非當事人未接受或不需要任何家庭與社區式服務豁免計劃的服務。家庭與社區式服務豁免計劃的服務不含日托照顧、醫療補助服務協調和發育障礙的中級護理機構服務。

**我們將會收取的服務費用全額**位於本通知書的第一頁，或是在本通知書所附的一張紙上。如果我們降低收費，您必須支付降低後的費用。如果我們降低或免除費用，結果發現您能夠支付全額費用，您將必須支付全額。如果我們對任何已降低或免除的費用有所更動，將會在 30 天前給您書面通知。您仍有付費義務，我們也仍會給您帳單，即使紐約州支付我們服務費用，即使法律規定我們必須為您提供服務。

**我們將會寄帳單給您**，若是由您支付服務費用。當月的帳單將會於次月 30 日前寄給您。例如，6 月份的帳單將於 7 月 30 日前寄給您。若您未支付帳單，我們將設法催討。我們不能干擾服務或為了您的帳單而騷擾或恐嚇脅迫您或其他任何人。若您依然未付帳單，我們可能將索償債權轉讓予紐約州。

**我們不能停止服務**，儘管您沒有醫療補助又無人付費。不過，如果我們是因為其他原因而試圖停止服務，在服務停止之前的處理期間，您必須擁有**正確種類的醫療補助**給付或為服務付費。

## 有限的例外

若您只接受輔助就業或暫托照顧服務，您可能資格適用有限的例外。這表示您可以繼續接受輔助就業或暫托照顧服務 (但非兩者)，而無須申請醫療補助和家庭與社區式服務豁免計劃，也不必為服務付費。欲進一步瞭解有限的例外，並查詢自己是否符合資格，請索取刊物「有限的例外相關資訊」。