

Имя и адрес поставщика услуг

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ОТНОШЕНИИ ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ ЗА 2010 Г.

Участник, получающий услуги:

Дата

Платеж (и) за оказание услуг: \$ в

Вы получили данное уведомление в связи с тем, что вы являетесь участником, указанным выше и получаете одну из указанных ниже услуг (или являетесь лицом, оказывающим содействие указанному выше участнику), вы оплачиваете услуги, оказываемые указанному выше лицу, из собственных средств, либо вы несете ответственность за финансы указанного выше лица. Если вы являетесь вышеуказанным участником, в рамках настоящего уведомления понятия "участник" или "вы" относится к вам.

Мы оказываем участнику услуги, представленные ниже. Данные услуги представляют собой услуги, оказание которых контролируется со стороны Управления штата Нью-Йорк по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Координирование услуг по программе Medicaid | <input type="checkbox"/> | помощь |
| <input type="checkbox"/> дневной стационар | <input type="checkbox"/> | услуги трудоустройства инвалидов |
| <input type="checkbox"/> социальная адаптация | <input type="checkbox"/> | различные услуги по программе OPTS |
| <input type="checkbox"/> адаптация в условиях на дому | <input type="checkbox"/> | комплексные услуги по программе OPTS |
| <input type="checkbox"/> услуги обучения простейшим трудовым навыкам | | |

С 15 июня 2010 года любое лицо, получающее данные услуги, должно быть включено в план программы Medicaid, который предусматривает оплату данных услуг, или должно оплачивать данные услуги самостоятельно. В исключительных обстоятельствах возможно освобождение от оплаты или снижение размера платы за услуги.

Предоставление нам информации

До 15 июня 2010 года вы должны предоставить нам запрашиваемую информацию. Если Medicaid уже не покрывает данные услуги, мы должны определить, кто будет оплачивать оказание услуг: Medicaid или другое лицо. Даже если вы согласны оплачивать услуги, мы можем запросить информацию, чтобы определить, кто должен оплачивать услуги, может ли себе это позволить ответственное лицо, или оплату будет производить Medicaid.

В любое время после 15 июня 2010 года - в период оказания вам услуг вы должны предоставить нам следующую информацию:

- Любое уведомление от отделения Medicaid о прекращении участия в программе Medicaid. Вы должны проинформировать нас о получении уведомления не позднее чем через 5 дней после его получения или после получения соответствующей информации.
- Любые изменения в плане покрытия участника по программе Medicaid.
- Любые изменения дохода, сумм сбережений и прочих активов, жизненной ситуации, иммиграционного статуса и любые иные изменения, которые могут повлиять на право на участие в программе Medicaid.
- Если вы считаете, что более не должны оплачивать данные услуги, что другое лицо должно оплачивать данные услуги или если вы или другое лицо более не в состоянии оплачивать данные услуги.

Мы обязаны соблюдать конфиденциальность полученной нами информации. Запрашивать данную информацию или ознакомиться с данной информацией имеют право только определенные сотрудники. Мы можем предоставлять сведения штату Нью-Йорк и другим учреждениям с целью обращения за получением льгот и пособий, таких как Medicaid, Medicare, социальное обеспечение или продовольственные талоны.

Оплата услуг

Если лицо, получающее услуги, уже является участником соответствующего плана программы Medicaid, вы должны предоставить нам идентификационный номер клиента Medicaid (или другое доказательство участия в программе Medicaid). Участник должен сохранить свое участие в программе Medicaid в будущем.

Если лицо не является участником соответствующего плана программы Medicaid:

Вы должны подать заявление на регистрацию в программе Medicaid, если никто не оплачивает оказываемые услуги и оплата услуг не была для вас отменена. Если вы подаете заявление на регистрацию в плане Medicaid, то должны предпринять все законные действия, которые дают участнику право на регистрацию в надлежащем плане программы Medicaid и благодаря которым участник сохранит свое право на участие в данной программе. Вы также можете предоставить информацию нам, чтобы мы подали заявление самостоятельно или оказали вам помощь в данной процедуре.

ЛИБО

Вы должны оплатить услуги, если никто не оплачивает оказываемые услуги и оплата услуг не была для вас отменена. Если вы являетесь лицом ответственным за финансы участника, для оплаты услуг вы должны использовать только финансовые средства данного участника, а не свои собственные.

Надлежащий план программы Medicaid — это план, в рамках которого оплачиваются оказываемые участнику услуги.

Вы должны предпринять все необходимые действия для регистрации участника в альтернативной программе предоставления услуг на дому и по месту жительства (HCBS Waiver), за исключением случаев, когда участник не получает или не запрашивает оказание услуг по программе HCBS Waiver. Услуги, не входящие в программу HCBS Waiver, — это дневной стационар, координация услуг Medicaid и услуги ICF/DD.

Полная сумма платежа, которую мы потребуем за оказание услуг, указана на лицевой стороне настоящего уведомления или на листе, который прилагается к настоящему уведомлению. Если сумма платежа будет снижена, вы должны будете оплачивать сниженную сумму платежа. Если сумма платежа будет сокращена или платеж будет отменен, но окажется, что вы в состоянии выплатить полную сумму, вы должны будете оплатить полную сумму. В случае изменений относительно сокращения суммы платежа или отмены такового, мы направим вам письменное уведомление за 30 дней. Несмотря на то, что штат оплачивает оказываемые нами услуги, и мы обязаны оказывать вам услуги согласно законодательству, вы все равно обязаны вносить оплату, а нами будут выставляться счета.

Если вы осуществляете оплату за услуги, вам будут направлены счета. Счет будет выставляться за месяц до 30 числа следующего месяца. Например, счет за услуги, оказанные в июне, будет выставлен до 30 июля. 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, мы вправе передать наши требования касательно оплаты на рассмотрение штата Нью Йорк.

Мы не вправе прекратить оказание услуг в связи с тем, что вы не являетесь участником программы Medicaid или никто не оплачивает данные услуги. Однако если мы намерены прекратить оказание услуг по другой причине, вы должны являться участником надлежащего плана программы Medicaid или оплачивать услуги самостоятельно, пока происходит разбирательство по вопросу прекращения оказания услуг.

Ограниченное исключение

Если вам оказывают только услуги программы помощи в трудоустройстве ИЛИ услуги помощи в уходе, вы вправе стать объектом ограниченного исключения. Это означает, что вы можете продолжать получать услуги по программе помощи в трудоустройстве или услуги помощи в уходе (но не оба вида услуг) без подачи заявления на регистрацию в программе Medicaid и программе HCBS Waiver, а также без оплаты услуг. Дополнительная информация об ограниченном исключении, а также о ваших правах на участие, представлена в брошюре "Информация об ограниченном исключении".