

**POWIADOMIENIE O WYJĄTKU Z OGRANICZENIEM DLA WNIOSKODAWCÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O
PRZYZNIANIE INNYCH ŚWIADCZEŃ**

(Do wystawienia przez świadczeniodawcę zatrudnienia wspomaganego lub opieki okazjonalnej)

Data: _____

Nazwa i adres świadczeniodawcy:

Nazwisko i adres wnioskodawcy:

Opłata za bieżące zatrudnienie wspomaganie lub opiekę okazjonalną: _____ \$ za _____

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.

Poinformowano nas, że dla wyżej wymienionej osoby złożono wniosek o przyznanie dodatkowych świadczeń na usługi zdrowotne, które są nadzorowane przez Agencję ds. Osób z Niepełnosprawnością Rozwojową Stanu Nowy Jork (OPWDD). Osoba ta jest teraz objęta *wyjątkiem z ograniczeniem* od odpowiedzialności OPWDD za zasady świadczenia usług. **Wyjątek z ograniczeniem ulegnie zakończeniu w dniu, w którym osoba zacznie korzystać z którejkolwiek z następujących usług:**

- | | |
|---|--|
| <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) |

Przed rozpoczęciem dodatkowych 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 wyjątek z ograniczeniem ulegnie zakończeniu, możemy obciążyć Cię kosztami za zatrudnienie wspomagane lub opiekę okazjonalną. Możemy także odmówić lub przerwać zatrudnienie wspomagane lub usługi zastępcze, jeśli nie otrzymamy płatności. Wnioskodawca lub inna odpowiedzialna strona będzie musiała pokryć koszt świadczonych usług. W przeciwnym razie wnioskodawca będzie potrzebował ubezpieczenia Medicaid, które pokryje koszty zatrudnienia wspomagane lub opieki okazjonalnej, a także zarejestrować się w systemie rezygnacji ze świadczeń usług domowych i wspólnotowych (Home and Community Based Services (HCBS)). Obniżki opłat lub zwolnienia przysługują w nietypowych okolicznościach.

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).

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 uiszczyć 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 za świadczone usługi, za które jesteś odpowiedzialny/a, a ich koszty pokryły władze stanowe;
- Prawo wymaga od nas świadczenia usług pomimo Twojego braku płatności; lub
- W toku znajduje 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.

Świadczone na Twoją rzecz usługi zatrudnienia wspomaganego lub opieki okazjonalnej mogą zostać wstrzymane, jeśli jesteś objęty/a ubezpieczeniem Medicaid i nikt nie płaci za te usługi. Jeśli skorzystałeś/-łaś z usług zatrudnienia wspomaganego lub opieki okazjonalnej bez zakłóceń od 15 marca 2010 r., nie wolno nam ich wstrzymać z powodu braku płatności. Możemy wstrzymać te usługi **z powodów niefinansowych.** Jesteśmy zobowiązani do przestrzegania zwyczajnych zasad rezygnacji z usług. Świadczenia usługi nie można odmówić ani przerwać, jeśli zabrania tego prawo.