

Data: \_\_\_\_\_

Nazwa i adres świadczeniodawcy:

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

(Do wystawienia przez świadczeniodawcę innych wnioskowanych świadczeń)

Nazwisko i adres 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.

Niniejsze powiadomienie dotyczy osób objętych obecnie *wyjątkiem z ograniczeniem* od odpowiedzialności OPWDD za zasady świadczenia usług. **Wyjątek ten 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 wspomagane (supported employment services - SEMP) |

Jeśli wyjątek z ograniczeniem ulegnie zakończeniu, możemy obciążyć Cię kosztami za zatrudnienie wspomagane lub opiekę okazjonalną. Wnioskodawca lub inna odpowiedzialna strona będzie musiała pokryć koszt świadczonych usług. W przeciwnym razie wnioskodawca będzie potrzebować 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)). Jeśli ubezpieczenie Medicaid zacznie pokrywać koszt usług okazjonalnych, wyjątek z ograniczeniem ulegnie trwałemu zakończeniu.

Przekazujemy Ci zawiadomienie o odpowiedzialności dla osób ubiegających się o świadczenia, formularz OPWDD LIAB 05.