

**Nombre y dirección del proveedor**

**AVISO DE RESPONSABILIDAD POR SERVICIOS  
PREEXISTENTES DE 2010**

**Servicios que recibe la persona:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Tarifa(s) por servicios:** \$ \_\_\_\_\_ **por** \_\_\_\_\_

**Recibió este aviso porque** es la persona mencionada arriba que recibe uno de los servicios que se mencionan abajo (o está ayudando a la persona), tiene que pagar los servicios de esta persona con su propio dinero o porque es responsable de su dinero. Si usted es la persona mencionada arriba, cada vez que lea "la persona" o "usted" en este aviso, se refiere a usted.

Prestamos los servicios marcados abajo a la persona. Estos son servicios que supervisa la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo del estado de Nueva York.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MSC (Coordinación de Servicios de Medicaid) | <input type="checkbox"/> servicios de relevo                    |
| <input type="checkbox"/> tratamiento diurno                          | <input type="checkbox"/> servicios de empleo con apoyo          |
| <input type="checkbox"/> habilitación comunitaria                    | <input type="checkbox"/> servicios combinados del programa OPTS |
| <input type="checkbox"/> habilitación residencial a domicilio        | <input type="checkbox"/> servicios integrales del programa OPTS |
| <input type="checkbox"/> servicios prevocacionales                   |   |

A partir del 15 de junio de 2010, cualquier persona que reciba cualquiera de estos servicios debe tener el tipo de Medicaid que los paga o debe pagar por ellos. Las exenciones o reducciones de tarifas están disponibles en circunstancias inusuales.

**Envíenos información**

*Antes del 15 de junio de 2010*, debe enviarnos la información que le pedimos. Si Medicaid aún no cubre los servicios, necesitamos saber quién pagará. Incluso si acepta pagar los servicios, podemos pedir información para saber quién tiene que pagarlos, si alguien que tiene que pagar puede hacerlo y si Medicaid lo hará.

*En cualquier momento después del 15 de junio de 2010*, mientras prestemos servicios, debe informarnos sobre:

- Cualquier notificación de un distrito de Medicaid sobre la pérdida de Medicaid por parte de la persona. Debe informarnos sobre el aviso a más tardar 5 días después de recibirlo o enterarse de él.
- Cualquier cambio en el tipo de cobertura de Medicaid.
- Cualquier cambio en los ingresos, ahorros u otros activos, situación de vivienda, estado migratorio o cualquier otro cambio que afecte la elegibilidad de Medicaid de la persona.
- Si cree que ya no tiene que pagar por los servicios, que alguien más tiene que pagar o si usted u otra persona ya no pueden pagarlos.

*Debemos proteger la privacidad de la información que obtenemos.* Solo ciertas personas que trabajan para nosotros pueden pedir y ver esta información. Solo podemos dar esta información al estado de Nueva York y otros para pedir beneficios como Medicaid, Medicare, Seguro Social y cupones para alimentos.

**Pagar por los servicios**

*Si la persona ya tiene el tipo correcto de Medicaid*, debe darnos el número de identificación de cliente de Medicaid de la persona (o algo más que demuestre que tiene Medicaid) y la persona debe mantener Medicaid en el futuro.

*Si la persona aún no tiene el tipo correcto de Medicaid:*

*Tendrá que inscribirse en Medicaid* si nadie nos paga por los servicios y no eximimos la tarifa. Si tiene que inscribirse Medicaid, debe hacer todo lo que sea legal para calificar a la persona para el tipo correcto de Medicaid y mantenerlo. También puede darnos información y dejarnos hacer la solicitud nosotros mismos o ayudarlo a presentarla.

**O**

*Tendrá que pagar por los servicios* si nadie más nos paga por ellos y no eximimos la tarifa. Si usted es responsable del dinero de la persona, solo tiene que usar ese dinero, no el suyo, para pagar los servicios.

*El tipo correcto de Medicaid* es el que pagará por los servicios que recibe la persona.

*Debe hacer lo necesario para inscribir a la persona en la Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)*, a menos que la persona no esté recibiendo ni pidiendo ningún servicio de Exención de HCBS. Los servicios que no son servicios de exención de HCBS son el tratamiento diurno, la coordinación de servicios de Medicaid y los servicios de ICF/DD.

*La tarifa* que cobraremos por los servicios está en el anverso de este aviso o en una hoja adjunta a este aviso. Si reducimos la tarifa, debe pagar la tarifa reducida. Si reducimos o eximimos la tarifa, y resulta que puede pagar la tarifa completa, tendrá que pagar la tarifa completa. Le enviaremos un aviso por escrito con 30 días de anticipación si cambiamos cualquier tarifa reducida o eximida. Seguirá siendo responsable de los honorarios y aún le enviaremos la factura, incluso si el Estado nos paga por los servicios o si la ley exige que le prestemos servicios.

*Le enviaremos facturas* si paga por los servicios. Le enviaremos la factura de un mes antes del día 30 del mes siguiente. Por ejemplo, le enviaremos la factura de junio antes del 30 de julio. Si no paga las facturas, intentaremos cobrarle. No podemos interferir con los servicios ni acosarlo o amenazarlo a usted o a cualquier otra persona con respecto a sus facturas. Si aún no paga las facturas, podemos asignar nuestro reclamo de pago al estado de Nueva York.

*No podemos suspender los servicios* porque no tiene Medicaid y nadie nos paga. Sin embargo, si tratamos de detener los servicios por otro motivo, debe tener el tipo correcto de cobertura de Medicaid o pagar los servicios mientras hay procedimientos para detenerlos.

**La excepción limitada**

Si solo recibe empleo con apoyo O servicios de relevo, puede ser elegible para la excepción limitada. Esto significa que podría continuar recibiendo servicios de empleo con apoyo o de relevo (pero no ambos) sin inscribirse Medicaid y la Exención HCBS y sin que se le facturen los servicios. Para obtener más información sobre la excepción limitada y para ver si puede ser elegible, pida la publicación "Información sobre la excepción limitada".