

Nom et adresse du fournisseur

Date: _____

AVIS D'EXCEPTION LIMITÉ POUR LES PERSONNES QUI POST POUR D'AUTRES SERVICES

(A délivrer par le fournisseur des autres services demandés)

Individuel:

Vous avez reçu cet avis parce que l'une des affirmations suivantes est vraie: (1) vous êtes la personne mentionnée ci-dessus et vous demandez des services pour vous-même. (2) vous êtes la personne mentionnée ci-dessus et vous demandez des services pour vous-même vous êtes responsable du paiement des services pour la personne mentionnée ci-dessus, ou (3) vous êtes responsable de la gestion des finances de la personne mentionnée ci-dessus.

Cet avis s'applique aux personnes qui bénéficient désormais d'une exception limitée aux règles de responsabilité pour les services de l'OPWDD. **Cette exception prendra fin à la date à laquelle la personne commencera à recevoir l'un des services suivants**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habilitation résidentielle dans une alternative résidentielle individualisée (IRA) ou une résidence communautaire, ou un foyer de soin familial. | <input type="checkbox"/> L'habilitation de jour |
| <input type="checkbox"/> Services en établissement de soins intermédiaires pour les personnes souffrant de déficiences intellectuelles (ICF/IID). | <input type="checkbox"/> Traitement de jour |
| | <input type="checkbox"/> Gestion des soins |
| | <input type="checkbox"/> Habilitation communautaire |
| | <input type="checkbox"/> Services préprofessionnels |
| | <input type="checkbox"/> Répit |
| | <input type="checkbox"/> Services d'emploi assisté (SEMP) |

Si l'exception limitée prend fin, nous pouvons vous facturer les services et nous pouvons refuser ou arrêter les services si le paiement n'est pas reçu. L'individu, ou une autre partie responsable, devra payer pour les services d'emploi assisté ou de répit. Sinon, l'individu aura besoin d'une couverture Medicaid qui paie les services d'emploi assisté ou de répit et d'être inscrit à la renonciation aux services à domicile et à la communauté (HCBS). Vous perdrez définitivement votre exception limitée si Medicaid commence à payer vos services d'emploi assisté ou de répit.

Nous vous fournissons un avis de responsabilité pour les personnes demandant des services, formulaire OPWDD LIAB 05.