

Stato di New York
UFFICIO PER PERSONE AFFETTE DA
DISABILITÀ DELLO SVILUPPO

NOTIFICA DI SPESE DI RIMBORSO

Il modello allegato serve a stabilire o a modificare l'importo da addebitare mensilmente per il costo delle cure a Voi riservate. L'importo verrà fatturato con cadenza mensile e inviato all'Ufficio Business (Business Office) per poter essere addebitato sul Vostro conto personale. Non è richiesto nulla da parte Vostra, le fatture saranno infatti pagate per Voi dall'Ufficio Business al momento della ricezione.

La cifra addebitata si basa sul Vostro reddito mensile o sul saldo del Vostro conto corrente. È stato calcolato, ed è a Vostra disposizione, un vitalizio per le Vostre necessità personali.

Le spese per le Vostre cure sono state stimate attentamente prima di essere stabilite in via definitiva. Tali spese sono state calcolate per essere giuste nei Vostri confronti e per fungere da pagamento allo Stato per le cure a Voi riservate. Se ritenete che sia stato commesso qualche errore, che gli importi addebitati siano irragionevoli, che i Vostri bisogni non siano soddisfatti o se ritenete di dover pagare una cifra minore o di non dover pagare affatto, siete pregati di rivolgervi al Responsabile delle Risorse (Resource Agent) per discutere il Vostro caso. È possibile prenotare un appuntamento con il Responsabile delle Risorse attraverso il Vostro Coordinatore del Servizio (Service Coordinator) o altro personale DDSOO.

.....
Dopo aver letto le informazioni di cui sopra, si prega di barrare la prima casella e una delle due seguenti:

- Ho letto, o mi è stata letta, la presente notifica.***
- Sono soddisfatto/a in merito alle spese stabilite nell'allegato Modulo di notifica dei costi (Rate Notice Form).
- Desidero discutere l'importo con il Responsabile delle Risorse.

Persona.....

Testimone.....

Qualifica del testimone.....

Data.....

Nota per il personale: Dopo aver spiegato il contenuto della notifica di spese di rimborso ed essersi assicurati che la persona in oggetto abbia dato la sua approvazione o dopo aver fissato un appuntamento con il Responsabile delle Risorse, il presente documento deve essere inserito nel fascicolo dell'interessato.

Avviso di riservatezza: Le informazioni cliniche e le registrazioni di pagamento delle persone servite da OPWDD sono riservate e non possono essere utilizzate o divulgate salvo autorizzazione, secondo quanto disposto alle sezioni 33.13 e 33.16 della Legge dello Stato di New York sulla salute mentale (New York State Mental Hygiene Law) e ai sensi delle Norme federali sulla riservatezza HIPAA (HIPAA Privacy Rule), 45 CFR 164.