

뉴욕주
발달 장애인
사무국

첨부된 양식은 귀하의 간호 비용에 대해 월 비용 부과를 시작하거나 변경하기 위한 것입니다. 이 금액의 청구서는 귀하의 개인 계정에서 지불되도록 매월 비즈니스 사무국(Business Office)으로 발송됩니다. 귀하는 어떠한 조치도 할 필요가 없습니다. 비즈니스 사무국이 귀하를 대신해 청구서를 받는 대로 지불하기 때문입니다.

부과 금액은 귀하의 월수입 또는 귀하 계좌에 있는 현금잔고를 기준으로 합니다. 귀하의 개인적인 필요에 맞춰 수당이 지급되므로 귀하가 이용할 수 있습니다.

귀하의 간호에 대한 이러한 청구액은 적용 전에 면밀히 검토가 된 것입니다. 이는 귀하의 간호에 대해 주정부에 비용을 지불하면서도 귀하를 한 명의 개인으로서 공평하게 대해야 한다는 점이 고려된 것입니다. 어떤 실수가 있었다거나, 부과된 금액이 타당하지 않다거나, 귀하의 요구사항이 충족되지 않았다고 생각되거나, 또는 청구금액의 일부 또는 전부를 납부하지 않아야 한다고 생각하시면 리소스 에이전트(Resource Agent)와 문제를 상의하기 위해 예약을 해주십시오. 리소스 에이전트와의 예약은 귀하의 서비스 코디네이터 또는 기타 DDSOO 직원을 통해 하실 수 있습니다.

.....
다음을 숙독을 하신 후 첫 번째 난에 체크해 주십시오. 그리고 잇따르는 두 개의 난 중 하나에 체크해 주십시오.

- 본인은 이 통지문을 읽었고, 또는 통지문의 내용을 전달 받았습니다.**
- 본인은 첨부된 Rate Notice Form(요율 통지 양식)에서 정한 요금에 만족합니다.
- 본인은 리소스 에이전트와 청구액에 대해 논의하고자 합니다.

개인.....

목적자.....

목적자 직함.....

날짜.....

직원에게 전하는 말: 본 부과 금액에 대해 설명하고 개별적인 승인을 얻고 리소스 에이전트와의 만남을 준비하고 나면 본 통지문은 당사자의 파일 또는 기록에 포함되게 됩니다.

기밀성 통지: OPWDD에서 제공하는 개인에 대한 임상 정보 및 지급 기록은 비밀로 유지되며 뉴욕주 정신 위생법(New York State Mental Hygiene Law) 33.13절, 33.16절 및 연방 HIPAA 개인정보 보호 규칙[HIPAA Privacy Rule](45 CFR 164)의 조항에 따라 허가되지 않는 한 이용 또는 공개될 수 없습니다.