Spanish
BRO 504

Estado de Nueva York
OFICINA PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

NOTIFICACIÓN DE CARGO POR REEMBOLSO

El formulario adjunto es para comenzar a cobrar o cambiar el monto que se le cobra todos los meses por el costo de su cuidado. Se enviará una factura con este monto todos los meses a la Oficina Comercial para que se pague con su cuenta personal. No es necesario que usted haga nada; la Oficina Comercial pagará las facturas por usted cuando sean recibidas.

El monto que se cobra se basa en sus ingresos mensuales o en el saldo en efectivo de su cuenta. Se le realizó una asignación para sus necesidades personales y está a su disposición.

Estos cargos por su cuidado se han analizado detenidamente antes de tengan efecto. Tienen por objetivo ser justos con usted como persona mientras se le brinda un pago al estado por sus cuidados. Si piensa que se cometió un error, que el cargo es poco razonable, que tiene necesidades insatisfechas o entiende que no debe pagar alguna parte o toda la factura, programe una cita con el Agente de recursos para analizar su caso. La cita con el Agente de recursos puede realizarse a través de su Coordinador de Servicios u otro miembro del personal de la DDSOO.

……

Marque la primera casilla **y** una de las dos casillas siguientes después de leer:

□ ***He leído o me la han leído esta notificación.***

□ Estoy satisfecho/a con los cargos según lo establece el Formulario de Notificación Excepcional adjunto.

□ Me gustaría analizar la factura con el Agente de recursos.

Persona……..

Testigo…….

Cargo del testigo……

Fecha……

Nota para el personal: después de explicar este cargo a y garantizar la aprobación de la persona o acordar una cita con el Agente de recursos, esta notificación se incluirá en su archivo o registro.

Notificación de confidencialidad: la información clínica y los registros de pago de las personas a las que asiste la OPWDD son confidenciales y no pueden utilizarse ni divulgarse a menos que esto se autorice según las disposiciones de la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York, secciones 33.13 y 33.16, y la Norma de Privacidad federal de la HIPAA (45 CFR 164).