Chinese

BRO 504

紐約州發育障礙人士辦公室
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

償付費用通知

隨附表格旨在開始或變更每月從您的醫療費用中徵收的金額。我們每月會將此金額帳單寄送至業務辦公室以便從您的個人帳戶中收取。您無需做任何事 — 業務辦公室將在收到此帳單后爲您支付。

收費金額基於您的月收入或您帳戶中的現金餘額。您可領取一定的津貼以滿足您的個人需求。

在結算您的治療費用之前，我們已進行過仔細斟酌。對於您作爲個人並同時向本州支付治療費用而言，這些收費是合理的。如果您認爲其中有誤，收取費用不合理；無法滿足您的要求或您認爲不應支付全部或部份帳單，請約見資源代理人以進行面談。您可透過服務協調員或其他 DDSOO 工作人員預約資源代理人。

……

請在閱讀後勾選第一個方塊**並**選擇以下兩個方塊之一：

□ **本人已閱讀此通知，或本人已被告知此通知內容。**

□ 本人對隨附費率通知表中載明的費用並無異議。

□ 本人希望與資源代理人協商帳單事宜。

當事人……

見證人……

見證人職位……

日期……

工作人員須知： **解釋完此費用并確認當事人同意或安排與資源代理人會見之後，請將此通知加入當事人檔案或記錄中。**

保密聲明：根據紐約州心理衛生法案第 33.13 與 33.16 條以及聯邦 HIPAA 隱私法則 (45 CFR 164) 規定，有關 OPWDD 客戶之臨床資訊與付款記錄爲保密內容，未經授權不得擅自使用或披露。