

서비스 제공자 이름 및 주소:

### 2010 기존 서비스 법적 책임 고지

서비스 수혜자: \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

서비스 요금: \$ \_\_\_\_\_ 단위: \_\_\_\_\_

귀하는 아래에 나와 있는 서비스 중 하나를 받고 있는 상기의 당사자(또는 당사자를 돕거나)이거나, 귀하 자신의 돈으로 위에 이름이 거론된 당사자의 서비스에 대해 요금을 지불해야 하거나 또는 위에 이름이 거론된 당사자의 재산에 대한 책임이 있기에 귀하에게 본 고지문이 발송되었습니다. 귀하가 위에 이름이 거론된 당사자인 경우, 본 고지문에 "당사자" 또는 "귀하"로 써 있는 경우마다 그것은 귀하를 의미하는 것입니다.

우리는 당사자에게 아래에 표시된 서비스를 제공합니다. 이러한 서비스는 뉴욕주 발달 장애인 사무국(New York State Office For People With Developmental Disabilities)에서 감독하는 서비스들입니다.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> MSC(Medicaid Service Coordination: 메디케이드 서비스 조정) | <input type="checkbox"/> 임시 간호 서비스        |
| <input type="checkbox"/> 주간 치료  | <input type="checkbox"/> 고용 지원 서비스        |
| <input type="checkbox"/> 지역사회 입소  | <input type="checkbox"/> OPTS 프로그램 혼합 서비스 |
| <input type="checkbox"/> 가정 내 주거식 입소                                      | <input type="checkbox"/> OPTS 프로그램 종합 서비스 |
| <input type="checkbox"/> 직업 교육 서비스  |   |

2010년 6월 15일부로, 이러한 서비스 수혜자라면 누구든 서비스에 요금을 지불해 주는 메디케이드 유형을 갖고 있거나 이들 서비스에 요금을 직접 납부해야 합니다. 요금은 드물게 면제되거나 감면될 수 있습니다.

#### 정보 제공

**2010년 6월 15일까지** 귀하는 우리가 요청한 정보를 제공해야 합니다. 메디케이드의 보장 범위에 이들 서비스가 포함되지 않는 경우, 저희는 메디케이드 또는 다른 누군가가 지급할 것인지를 확인해야 합니다. 귀하가 서비스 요금 지불에 동의한다고 해도, 저희는 정보를 요청할 수 있으며 그럼으로써 누가 서비스 요금에 지급 책임이 있는지, 지불 책임자가 그러한 능력이 되는지 아니면 메디케이드에서 지불이 될지를 확인할 수 있습니다.

**2010년 6월 15일 이후 언제라도** 우리가 서비스를 제공하는 동안에는 귀하가 우리에게 다음에 대한 정보를 제공해야 합니다.

- 메디케이드를 상실한 당사자에 대한 메디케이드 관할 측의 고지. 고지를 받거나 사실을 알게 된 후 반드시 5일 이내로 알려 주셔야 합니다.
- 메디케이드 보장 범위의 유형에 발생한 모든 변화
  - 소득, 저축 또는 기타 자산, 생활 상태, 이민 상태 또는 당사자의 메디케이드 적격성에 영향을 미치는 기타 모든 변화.
- 귀하가 더 이상 서비스에 대해 요금을 지급하지 않아야 한다고 생각하거나 다른 누군가 지급해야 하거나 또는 귀하나 다른 누군가가 더 이상 지급할 여유가 없는 경우.

**우리는 보유한 정보의 비밀을 지켜야 할 책임이 있습니다.** 우리와 업무 관계에 있는 특정인만이 이러한 정보를 요청하고 열람할 수 있도록 허용됩니다. 우리는 메디케이드, 메디케어, 사회보장연금 및 푸드스탬프 같은 혜택 신청을 할 수 있도록 뉴욕주 및 기타 관련인에게 이러한 정보를 제공할 수 있습니다.

## 서비스 비용 지급

**당사자가 이미 제대로 된 메디케이드 유형을 갖고 있다면**, 귀하는 우리에게 당사자의 메디케이드 고객 확인 번호(또는 그가 메디케이드를 갖고 있음을 입증하는 정보)를 제시해야 하고 당사자는 향후에 메디케이드를 유지해야 합니다.

**당사자가 제대로 된 메디케이드 유형을 갖고 있지 않은 경우:**

**누구도 서비스에 대해 요금을 지불하지 않고 우리 측에서 요금을 면제하지 않는 경우**, 귀하가 메디케이드를 신청해야 합니다. 귀하가 메디케이드를 신청해야 하는 경우, 귀하는 당사자에게 제대로 된 메디케이드 유형에 대한 자격을 부여하고 당사자가 제대로 된 메디케이드 유형을 유지할 수 있도록 하는 합법적인 모든 조치를 취해야 합니다. 또한 귀하는 우리에게 정보를 주어 우리 자체적으로 신청을 하거나 귀하의 신청을 도울 수도 있습니다.

또는

**누구도 서비스에 대해 요금을 지불하지 않고 우리 측에서도 요금을 면제하지 않는다면**, 귀하가 서비스에 대해 요금을 지불해야 합니다. 귀하께서 해당 개인의 돈 관리에 책임이 있다면, 귀하의 돈으로 지불하시지 말고 해당 개인의 돈으로만 서비스 비용을 지불하시면 됩니다.

**올바른 메디케이드 유형이란** 당사자가 받는 서비스에 대한 요금을 지불해주는 유형을 말합니다.

**당사자가 HCBS(Home and Community Based Services: 가정 및 지역사회 기반 서비스) 면제 서비스를 받거나 요청하고 있는 것이 아닌 한**, 귀하는 당사자의 HCBS 면제 등록에 필요한 조치를 취해야 합니다. HCBS 면제 서비스가 아닌 서비스는 주간 치료, 메디케이드 서비스 조정 및 ICF/DD 서비스입니다.

**서비스에 대해 우리 측이 청구하는 전체 요금은** 본 고지문의 앞면 또는 본 고지문에 부착된 용지에 나와 있습니다. 요금을 할인해드리면, 귀하는 그 할인된 요금을 납부하셔야 합니다. 우리가 요금을 할인 또는 면제하고 귀하가 요금 전액을 납부할 수 있음이 입증되면, 요금 전액을 납부해야 합니다. 요금이 할인되거나 면제되는 경우, 귀하에게 30일 전 서면 고지가 제시됩니다. 주 정부에서 서비스 요금을 지불하거나, 법에 따라 저희측에서 귀하를 지원해야 하는 경우에도 귀하는 요금에 대한 책임이 있으므로 여전히 청구받게 될 것입니다.

**귀하가 서비스에 대해 요금을 납부하고 있는 경우에도** 귀하에게 청구서가 발송될 것입니다. 익월 30일경 월 청구서가 발송됩니다. 예를 들어 6월 청구서는 7월 30일까지 발송할 것입니다. 청구서가 지불되지 않으면, 귀하에게 징수 시도가 있을 것입니다. 우리는 서비스에 지장을 주거나 귀하의 청구서에 대해 귀하 또는 다른 누군가를 방해, 협박할 수 없습니다. 청구서가 계속 지불되지 않는다면, 저희는 뉴욕주에 지급 청구를 위임할 수 있습니다.

**귀하가 메디케이드를 갖고 있지 않으며**, 우리에게 요금을 지급하는 사람이 없기 때문에 우리는 서비스를 중단할 수 없습니다. 그러나 우리가 다른 이유로 서비스를 중단하려고 시도하는 경우, 귀하는 제대로 된 종류의 메디케이드 보험을 갖고 있어야 하며 서비스 중단 절차 동안 이루어지는 서비스에 대해 요금을 지급해야 합니다.

## 제한적 예외

귀하가 지원 고용 또는 임시 간호 서비스를 받고 있는 경우, 제한적 예외의 자격이 될 수도 있습니다. 이는 메디케이드 및 HCBS 면제를 신청하지 않고, 그리고 서비스에 대해 요금 청구를 받지 않고도 고용 지원이나 임시 간호 서비스(그러나 두 경우 모두는 아닌)를 계속 받을 수 있음을 의미합니다. 제한적 예외 및 귀하의 자격 가능성 여부를 확인하려면, 게시물 "Information About the Limited Exception"(제한적 예외에 대한 정보)를 요청하십시오.