

Наименование и адрес поставщика

ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ОБЯЗАННОСТЯХ В СВЯЗИ С ПОЛУЧАЕМЫМИ УСЛУГАМИ

Лицо, получающее услуги: _____ Дата _____

Настоящий документ касается только лиц, получающих услуги дневной абилитации, или проживающих в заведении индивидуализированного альтернативного проживания, семейном интернате, пансионе или учреждении промежуточного уровня ухода для лиц с инвалидностью вследствие порока развития. По состоянию на 15 апреля 2009 г. каждый, кто получает какую-либо из этих услуг, должен иметь полис Medicaid, покрывающий такие услуги, или оплатить их частным образом.

Вы получили этот документ по следующей причине: Вы являетесь поименованным выше получателем указанных услуг, или Вы обязаны оплачивать эти услуги за свой счет вместо получателя, или Вы распоряжаетесь деньгами получателя услуг. Если Вы распоряжаетесь деньгами получателя услуг, это означает, что Вы оплачиваете эти услуги деньгами этого лица, а не за свой счет.

До 15 апреля 2009 г.:

Вы должны предоставить нам информацию, которую мы запрашиваем. Если страховка Medicaid не покрывает эти услуги в настоящее время, нам необходимо знать, будут ли эти услуги оплачены за счет полиса Medicaid или за счет средств другого лица. Даже если Вы соглашаетесь платить за эти услуги, мы можем запросить нужную нам информацию, чтобы определить, кто должен оплачивать услуги, может ли такое лицо уплатить необходимую сумму, и будет ли оплата произведена за счет полиса Medicaid.

После 15 апреля 2009 г., во время обслуживания:

Если Вы являетесь получателем услуг, Вы должны сообщить нам о себе перечисленные ниже сведения. Если Вы платите за другое лицо, Вы должны сообщить нам перечисленные ниже сведения о получателе услуг.

- Уведомление от окружного офиса Medicaid об утрате страховки Medicaid. Вы обязаны сообщить нам о таком уведомлении не позднее, чем через 5 дней после его получения или после того, как Вам стало известно о таком уведомлении.
- Любые изменения в типе страховки Medicaid.
- Любые изменения дохода, сбережений и другого имущества, жизненных обстоятельств, иммиграционного статуса, любые другие изменения, влияющие на право получения страховки Medicaid.

Кем бы Вы ни были, если Вы платите за услуги, Вы должны ставить нас в известность всякий раз, когда считаете, что не должны больше платить, или когда считаете, что платить должен кто-то другой, или когда Вы или кто-то другой больше не можете платить.

Конфиденциальность информации

Мы обязаны сохранять конфиденциальность получаемой нами информации. Обращаться за
**Управление по делам умственно отсталых и
инвалидов вследствие порока развития, штат Нью-Йорк**

OMR LIAB 02 (03/2009)

этой информацией и получать ее имеет право только определенный круг наших сотрудников. Мы можем предоставлять эту информацию только властям штата Нью-Йорк и другим учреждениям для получения льгот и выплат, таких как Medicaid, Medicare, социальная защита и продовольственные талоны.

Оплата услуг

Если Вы являетесь получателем услуг:

- Вы должны платить за услуги только в том случае, если у Вас нет требуемого полиса Medicaid, а мы не освободили Вас от оплаты;
- Вы должны подавать заявление на страховку Medicaid только в том случае, если никто не платит за Вас частным образом, а мы не освободили Вас от оплаты;
- если у Вас есть требуемый полис Medicaid, Вы должны сообщить нам свой идентификационный номер клиента Medicaid (или иным образом подтвердить, что у Вас есть полис Medicaid), а также должны сохранять страховку Medicaid в будущем;
- если Вы хотите оплатить услуги за счет страховки Medicaid, но у Вас нет требуемого полиса Medicaid, Вы должны предпринять все необходимые шаги для получения и сохранения полиса Medicaid или предоставить нам необходимую информацию, чтобы мы помогли Вам оформить страховку Medicaid или подать заявление от Вашего имени.
- если Вы не проживаете в учреждении промежуточного уровня ухода для лиц с инвалидностью вследствие порока развития, Вы должны предпринять все необходимые шаги для регистрации в программе Home and Community Based Services Waiver.

Если Вы обязаны оплачивать услуги, предоставляемые другому лицу:

- Вы должны платить за услуги только в том случае, если получатель услуг не имеет требуемого полиса Medicaid, а мы не освободили его от оплаты;
- Вы должны подавать заявление на Medicaid за получателя услуг только в том случае, если никто не платит за него частным образом, а мы не освободили его от оплаты;
- если у получателя услуг уже есть требуемый полис Medicaid, Вы должны сообщить нам его идентификационный номер клиента Medicaid (или иным образом подтвердить, что у него есть полис Medicaid), а также должны сохранять за ним страховку Medicaid в будущем;
- если Вы хотите оплатить услуги за счет страховки Medicaid, но у получателя услуг нет требуемого полиса Medicaid, Вы должны предпринять все необходимые шаги для оформления страховки Medicaid на получателя услуг или предоставить нам необходимую информацию, чтобы мы помогли помочь в оформлении страховки Medicaid или подать заявление от имени получателя услуг;
- если получатель услуг не проживает в учреждении промежуточного уровня ухода для лиц с инвалидностью вследствие порока развития, Вы должны предпринять все необходимые шаги для регистрации получателя услуг в программе Home and Community Based Services Waiver.

Требуемый полис Medicaid – это полис, предусматривающий оплату услуг, которые мы предоставляем. Предпринять все необходимые шаги для оформления и сохранения страховки Medicaid – значит совершить все законные действия для того, чтобы данное лицо могло получить страховку Medicaid. Эти действия могут включать создание особого траста, а также сокращение дохода или ресурсов.

Полная цена составляет _____ . Если мы снизим цену, Вы должны будете уплатить сниженную цену. Даже в случае снижения цены или полного освобождения от оплаты, Вы должны будете уплатить полную цену, если окажется, что Вы способны ее уплатить.

Вы будете обязаны оплатить, и мы выставим Вам счет на соответствующую сумму, даже в том случае, если Штат возместит нам стоимость услуг, и даже если мы по закону обязаны оказывать Вам эти услуги. Мы не имеем права прекращать обслуживание по причине неуплаты. Однако если мы предпринимаем меры по прекращению обслуживания по другой причине, Вы должны оплачивать услуги во время осуществления производства по прекращению обслуживания.

Выставление счетов

Если Вы платите за услуги, мы будем присылать Вам счет за месяц до 30 числа следующего месяца. Например, счет за апрель будет выставлен до 30 мая. В случае неуплаты по счетам мы предпримем меры по взысканию с Вас задолженности. Мы не имеем права препятствовать в оказании услуг, а также оказывать давление на Вас или кого-либо, донимать или запугивать Вас или кого-либо в связи с оплатой Ваших счетов. В случае дальнейшей неуплаты мы можем передать право требования в отношении Вашей задолженности Штату Нью-Йорк. В случае изменения сниженной цены или отмены освобождения от оплаты мы обязаны предупредить Вас за 30 дней.