

**Наименование и адрес поставщика услуг****УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ  
В ОТНОШЕНИИ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ 2010 Г.**

Участник, получающий услуги: \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Платеж(и) за предоставление услуг: \$ \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_

**Вы получили данное уведомление в связи с тем, что** являетесь лицом, указанным выше и получающим одну из указанных ниже услуг (или являетесь лицом, оказывающим содействие указанному выше участнику), вы оплачиваете услуги, предоставляемые указанному выше лицу, из собственных средств, либо вы несете ответственность за финансы указанного выше лица. Если вы являетесь вышеуказанным лицом, в данном уведомлении «участник» или «вы» относится к вам.

Мы предоставляем участнику услуги, отмеченные ниже. Данные услуги являются услугами, которые предоставляются под контролем Управления штата Нью-Йорк по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (New York State Office For People With Developmental Disabilities).

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Координирование услуг по программе Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC) | <input type="checkbox"/> Услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход |
| <input type="checkbox"/> Дневное лечение  | <input type="checkbox"/> Услуги программы помощи в трудоустройстве    |
| <input type="checkbox"/> Услуги социальной адаптации  | <input type="checkbox"/> Смешанные услуги программы OPTS              |
| <input type="checkbox"/> Услуги адаптации по месту жительства для независимого проживания дома            | <input type="checkbox"/> Комплексные услуги программы OPTS            |
| <input type="checkbox"/> Услуги предпрофессиональной подготовки   |   |

С 15 июня 2010 г. любое лицо, получающее данные услуги, должно состоять в плане программы Medicaid, который оплачивает данные услуги, или должно оплачивать данные услуги самостоятельно. В исключительных обстоятельствах возможно освобождение от платы или снижение размера платы за услуги.

**Предоставление нам информации**

*До 15 июня 2010 г.* вы должны предоставить нам запрашиваемую информацию. Если Medicaid уже не покрывает данные услуги, мы должны определить, кто будет оплачивать предоставление услуг: Medicaid или другое лицо. Даже если вы согласны оплачивать услуги, мы можем запросить информацию, чтобы определить, кто должен оплачивать услуги, может ли себе это позволить ответственное лицо и будет ли производить оплату Medicaid.

**В любое время после 15 июня 2010 г.** в период предоставления вам услуг вы должны сообщить нам следующую информацию:

- О любых уведомлениях от Medicaid о прекращении участия в программе Medicaid. Вы должны сообщить нам об уведомлении не позднее чем через 5 дней после его получения или после получения соответствующей информации.
- О любых изменениях в плане покрытия Medicaid.
- О любых изменениях дохода, суммы сбережений и прочих активов, жизненной ситуации, иммиграционного статуса и о любом другом изменении, которое может повлиять на право на участие в программе Medicaid.
- Если вы считаете, что более не должны оплачивать данные услуги, что другое лицо должно оплачивать данные услуги или если вы или другое лицо более не в состоянии оплачивать данные услуги.

**Мы обязаны соблюдать конфиденциальность полученной нами информации.** Запрашивать данную информацию или ознакомиться с данной информацией имеют право только определенные сотрудники. Мы можем предоставлять сведения штату Нью-Йорк и другим учреждениям, чтобы обращаться за получением льгот и пособий, таких как Medicaid, Medicare, социальное обеспечение или продовольственные талоны.

## **Оплата услуг**

**Если лицо, получающее услуги, уже является участником соответствующего плана программы Medicaid,** вы должны предоставить нам идентификационный номер клиента Medicaid (Medicaid Client Identification Number) (или другое доказательство участия в программе Medicaid). Участник должен сохранить свое участие в программе Medicaid в будущем.

**Если лицо не является участником надлежащего плана программы Medicaid:**

**Вы должны подать заявление на регистрацию в программе Medicaid,** если никто не оплачивает предоставляемые услуги и оплата услуг не была для вас отменена. Если вы подаете заявление на регистрацию в плане Medicaid, то должны предпринять все законные действия, которые дают участнику право на регистрацию в надлежащем плане программы Medicaid и благодаря которым участник сохранит свое право на участие в данной программе. Вы также можете предоставить информацию нам, чтобы мы подали заявление самостоятельно или оказали вам помощь в данной процедуре.

### **ИЛИ**

**Вы должны оплатить услуги,** если никто не оплачивает предоставляемые услуги и оплата услуг не была для вас отменена. Если вы отвечаете за финансы участника, для оплаты услуг вы должны использовать только финансовые средства данного лица, а не свои собственные.

**Надлежащий план программы Medicaid** — это план, в рамках которого оплачиваются предоставляемые участнику услуги.

**Вы должны предпринять все необходимые действия для регистрации участника в альтернативной программе предоставления услуг на дому и по месту жительства (HCBS Waiver),** кроме случаев, когда участник не получает или не запрашивает предоставление услуг программы HCBS Waiver. Услуги, не входящие в программу HCBS Waiver, — это дневное лечение, координация услуг Medicaid и услуги ICF/DD.

**Полная сумма платежа**, которую мы потребуем за предоставление услуг, указана на лицевой стороне данного уведомления или на листе, приложенном к данному уведомлению. Если сумма платежа будет снижена, вы должны будете выплатить сниженную сумму платежа. Если мы сократим сумму платежа или отменим платеж, а потом окажется, что вы в состоянии выплатить полную сумму, вам придется выплатить сумму в полном объеме. Если произойдут изменения относительно сокращенной суммы платежа или отмены платежа, мы предоставим вам письменное уведомление за 30 дней. Несмотря на то, что штат оплачивает оказываемые нами услуги и мы обязаны обслуживать вас согласно законодательству, вы все равно обязаны вносить оплату, а мы будем выставлять вам счета.

**Если вы оплачиваете услуги**, мы будем выставлять вам счета. Мы будем выставлять вам счет за предыдущий месяц до 30-го числа следующего месяца. Например, мы выставим счет за услуги, предоставленные в июне, до 30 июля. Если вы не будете оплачивать счета, мы предпримем меры для взыскания с вас необходимой суммы. Мы не можем вмешиваться в оказание услуг или беспокоить, надоедать или запугивать вас или другое лицо из-за счетов. Если вы не будете оплачивать счета, мы можем передать требование об оплате штату Нью-Йорк.

**Мы не можем прекратить предоставление услуг** в связи с тем, что вы не являетесь участником программы Medicaid или никто не оплачивает данные услуги. Однако если мы намерены прекратить предоставление услуг по другой причине, вы должны быть участником надлежащего плана программы Medicaid или оплачивать услуги самостоятельно, в то время как мы обращаемся к надлежащим процедурам прекращения обслуживания.

#### **Ограниченное исключение**

Если вам предоставляются только услуги программы помощи в трудоустройстве ИЛИ услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход, вы можете иметь право на ограниченное исключение. Это означает, что вы можете продолжать получать услуги программы помощи в трудоустройстве или услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход (но не оба вида услуг) без подачи заявления на регистрацию в программе Medicaid и программе HCBS Waiver, а также без оплаты услуг. Чтобы получить дополнительную информацию об ограниченном исключении, попросите брошюру «Информация об ограниченном исключении» (Information About the Limited Exception)