

서비스 제공자 이름 및 주소:

기존 서비스에 대한 책임 고지

서비스 수혜자: _____ 날짜: _____

본 고지는 발달 장애를 지닌 사람들을 위한 개별 주거 대안 시설, 가족 케어 주택, 지역사회 주거지 또는 중간 간호 시설에서 주간 교육 또는 생활을 하는 사람에게만 적용됩니다. 2009년 4월 15일자로, 이들 서비스를 받는 사람은 누구든지 서비스 비용을 지불해 주는 메디케이드 종류를 하나 가지고 있어야 하며 아니면 개인적으로 직접 지불을 해야 합니다.

귀하께서는 상기 서비스를 받는다고 이름이 등록되어 있기 때문에, 또는 상기 서비스에 대해 직접 지불책임이 있는 사람이기 때문에, 아니면 상기 서비스를 받는 개인의 돈을 대신 지불해야 할 책임이 있기 때문에, 본 고지를 받고 계십니다. 귀하께서 해당 개인의 돈을 대신 지불해야 할 책임이 있다면, 귀하의 돈으로 지불하시지 말고 해당 개인의 돈으로만 서비스 비용을 지불하시면 됩니다.

2009년 4월 15일까지:

요청드리는 정보를 저희에게 제출해 주셔야 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.

2009년 4월 15일 이후 저희가 서비스를 제공하는 중에:

귀하께서 서비스를 받는 당사자이면, 귀하 자신에 관한 다음의 정보를 제출해 주셔야 합니다. 귀하께서 서비스 비용을 대신 지불해야 하는 사람이라면, 서비스를 받는 개인에 관한 다음의 정보를 제출해 주셔야 합니다.

- 메디케이드 상실에 관한 메디케이드 지역에서 받은 모든 고지. 고지를 받거나 사실을 알게 된 후 반드시 5일 이내로 알려 주셔야 합니다.
- 메디케이드 보장 유형의 모든 변동사항.
- 수입, 저축 또는 기타 자산, 생활 환경, 이민 지위의 모든 변동사항 또는 메디케이드 자격에 영향을 미치는 기타 모든 변동사항.

귀하께서 누구이시든지, 서비스 비용을 지불하다가 지불 중단을 생각하고 계시거나, 다른 누군가가 지불을 해야 한다고 생각하시거나, 또는 귀하나 다른 관련자가 더 이상 지불 능력이 없다면, 저희에게 알려 주셔야 합니다.

개인 정보 보호

우리는 보유한 정보의 비밀을 지켜야 할 책임이 있습니다. 저희측에서 일하는 특정 인원만이 본 정보를 요청하여 열람할 수 있습니다. 우리는 메디케이드, 메디케어, 사회보장연금 및 푸드스탬프 같은 혜택 신청을 할 수 있도록 뉴욕주 및 기타 관련인에게 이러한 정보를 제공할 수 있습니다.

뉴욕주 발달 장애인 사무국 양식 OPWDD LIAB 02 (2010년 12월 개정)

서비스 비용 지급

귀하께서 서비스를 받는 당사자인 경우:

- 올바른 종류의 메디케이드를 가지고 있지 않고 저희가 해당 요금을 면제해드리지 않으면, 직접 비용을 부담하셔야 합니다.
- 어느 누구도 지불을 하지 않고 저희가 해당 요금을 면제해드리지 않으면, 메디케이드를 신청하셔야 합니다.
- 이미 올바른 종류의 메디케이드를 가지고 계시면, 메디케이드 고객 확인 번호(또는 귀하가 메디케이드 소지자라는 것을 입증할 다른 것)를 저희에게 주셔야 하며 앞으로도 메디케이드를 유지하셔야 합니다.
- 메디케이드로 지불되기를 원하지만 올바른 종류의 메디케이드가 없으시면, 메디케이드를 받아 유지하기 위해 조치를 취하셔야 합니다. 아니면 저희에게 필요한 정보를 주셔서 저희가 메디케이드 신청을 돕거나 대신 할 수도 있습니다.
- 귀하께서 발달 장애를 지닌 사람을 위한 중간 간호 시설에서 생활하시지 않는다면, 가정 및 지역사회 기반 서비스의 면제 등록 조치를 하셔야 합니다.

귀하께서 서비스 비용을 대신 지불해야 하는 사람인 경우:

- 서비스 당사자에게 올바른 종류의 메디케이드가 없고 저희가 비용을 면제해드리지 않으면, 직접 부담하셔야 합니다.
- 어느 누구도 지불을 하지 않고 저희가 비용을 면제해드리지 않는 경우 귀하는 해당 개인을 위해 메디케이드를 신청하셔야 합니다.
- 서비스 당사자가 이미 올바른 종류의 메디케이드를 가지고 있으면, 귀하는 해당 개인의 메디케이드 고객 확인 번호(메디케이드 소지자라는 것을 입증할 정보)를 저희에게 알려 주셔야 하며 앞으로도 메디케이드를 유지하셔야 합니다.
- 귀하는 메디케이드로 지불하기를 원하지만 서비스 당사자에게 올바른 종류의 메디케이드가 없으면, 해당 개인이 메디케이드를 받을 수 있도록 조치를 하셔야 합니다. 아니면 필요한 정보를 저희에게 주셔서 저희가 메디케이드 신청을 돕거나 대신 할 수도 있습니다.
- 서비스 당사자가 발달 장애를 지닌 사람을 위한 중간 간호 시설에서 생활하지 않고 있으면, 귀하는 그 개인이 가정 및 지역사회 기반 서비스의 면제(Home and Community Based Services Waiver) 등록을 하도록 조치를 하셔야 합니다.

올바른 종류의 메디케이드가 있어야 저희가 제공하는 서비스 비용이 처리가 됩니다. 메디케이드를 받아 유지하는 데 필요한 조치란 적법한 범위에서 메디케이드 수혜를 위해 하는 모든 조치를 말합니다. 그러한 조치에는 특별한 종류의 신탁 설정이나 소득 또는 자원의 지출이 포함될 수도 있습니다.

전체 요금은 _____입니다. 요금을 할인해드리면, 귀하는 그 할인된 요금을 납부하셔야 합니다. 저희가 요금을 인하 또는 면제하는 경우에도, 요금을 지불할 능력이 있는 것으로 밝혀질 경우에는 전체 요금을 지불하셔야 할 수도 있습니다.

주 정부에서 서비스 요금을 지불하거나, 법에 따라 저희측에서 귀하를 지원해야 하는 경우에도 귀하는 요금에 대한 책임이 있으므로 여전히 청구받게 될 것입니다. 요금을 지불하지 않는다고 해서 저희가 서비스를 중단하지는 않습니다. 하지만, 다른 사유로 서비스를 중단하려는 경우, 서비스를 중단하기 위한 절차를 밟는 동안 서비스 비용을 지불하셔야 합니다.

청구서

서비스 비용을 지불하고 계시면, 저희는 익월 30일까지 한 달 이용 청구서를 발송하게 됩니다. 예를 들면, 저희는 4월 청구서를 5월 30일까지 발송하게 됩니다. 청구서가 지불되지 않으면, 귀하에게 징수 시도가 있을 것입니다. 저희는 서비스를 방해하거나 청구서와 관련하여 귀하 또는 다른 누군가를 괴롭히거나, 귀찮게 또는 위협을 가할 수 없습니다. 청구서가 계속 지불되지 않는다면, 저희는 뉴욕주에 지급 청구를 위임할 수 있습니다. 요금을 변경, 인하 또는 면제하는 경우에, 저희는 30일 전 서면 고지를 드려야 합니다.

뉴욕주 발달 장애인 사무국 양식 OPWDD LIAB 02 (2010년 12월 개정)