

**Nombre y dirección del proveedor****NOTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR SERVICIOS PREEXISTENTES AÑO 2010****Persona que recibe los servicios:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_**Aranceles de los servicios:** \$ \_\_\_\_ **por** \_\_\_\_\_

**Le notificamos debido a que** usted es la persona nombrada en el encabezado, que recibe uno de los servicios detallados a continuación (o por ser quien asiste a dicha persona); porque usted debe pagar los servicios para la persona nombrada con su propio dinero, o debido a que usted es responsable del dinero de la persona nombrada. Si usted es la persona antes nombrada, toda vez que lea "la persona" o "usted" en esta notificación, esos términos se refieren a usted.

Brindamos los servicios que se indican a continuación, para la persona nombrada. La Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office For People With Developmental Disabilities, OPWDD) del Estado de Nueva York supervisa estos servicios.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de Servicios de Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC). | <input type="checkbox"/> Servicios de atención de relevo.  |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento ambulatorio.  | <input type="checkbox"/> Servicios de empleo con apoyo (Supported Employment Services, SEMP).                          |
| <input type="checkbox"/> Capacitación para actividades en la comunidad.                              | <input type="checkbox"/> Servicios de transición del programa  |
| <input type="checkbox"/> Capacitación para actividades residenciales en el hogar.                    | <input type="checkbox"/> Opciones para las Personas por medio de Servicios (Options for People Through Services, OPTS) |
| <input type="checkbox"/> Servicios prevocacionales.  | <input type="checkbox"/> Servicios integrales del programa OPTS.   |

A partir del 15 de junio de 2010, toda persona que reciba cualquiera de estos servicios deberá tener la cobertura de Medicaid que los paga, o deberá pagar dichos servicios. Hay exenciones o reducciones de aranceles disponibles para circunstancias especiales.

**Información que deberá proporcionar**

*A partir del 15 de junio de 2010*, usted debe proveernos la información que le solicitemos. Si Medicaid todavía no cubre los servicios, necesitamos determinar si Medicaid o alguna otra persona los pagará. Aunque usted acepte pagar los servicios, podemos pedir información para determinar quién debe pagarlos, si quien debe pagarlos puede afrontar el gasto y si Medicaid los pagará.

*Después del 15 de junio*, durante la prestación de servicios, usted debe informarnos lo siguiente.

- Toda notificación de un distrito de Medicaid sobre la pérdida de servicios de Medicaid por parte de la persona mencionada. Debe informarnos sobre dicha notificación en el plazo máximo de 5 días a partir de que la reciba o se entere de ella.
- Todo cambio en el tipo de cobertura de Medicaid.
- Todo cambio en los ingresos, los ahorros u otros activos, el estilo de vida o la condición de inmigrante, o todo otro cambio que afecte la elegibilidad de la persona mencionada para Medicaid.
- Si piensa que ya no tendrá que pagar los servicios, si piensa que otra persona debe pagarlos, o si usted u otra persona ya no pueden afrontar ese pago.

***Tenemos la obligación de proteger la privacidad de la información que recibimos.*** Solo determinadas personas que trabajan con nosotros están autorizadas para solicitar y ver dicha información. Solo podemos entregar esa información al Estado de Nueva York y a otras personas que deban conocerla, a fin de solicitar beneficios como Medicaid, Medicare, Seguro Social y cupones para alimentos.

### **Pago de los servicios**

***Si la persona ya tiene la cobertura adecuada de Medicaid,*** usted debe proporcionarnos el número de identificación de cliente de Medicaid de dicha persona (o algún documento que pruebe que tiene Medicaid), y dicha persona debe mantener ese servicio en el futuro.

***Si la persona todavía no tiene la cobertura adecuada de Medicaid:***

***Usted solo deberá solicitar el servicio de Medicaid*** si no hay otra persona que nos pague los servicios y no lo eximimos del arancel. Si usted tiene que solicitar los servicios de Medicaid, debe hacer todo lo que sea lícito para permitir que la persona mencionada reúna los requisitos para la cobertura adecuada de Medicaid y para que dicha persona mantenga ese servicio. También puede proveernos información y autorizarnos a presentar su solicitud o ayudarlo para que usted la presente.

#### **En caso contrario**

***Usted deberá pagar los servicios*** si no hay otra persona que nos pague y no lo eximimos del arancel. Si usted es responsable de los fondos de la persona nombrada, solo tiene que pagar los servicios con el dinero de esa persona, no con su propio dinero.

***La cobertura adecuada de Medicaid*** es aquella que pagará los servicios que la persona mencionada solicita.

***Usted debe hacer todo lo necesario para inscribir a la persona mencionada en los servicios con exención para atención en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services –HCBS– Waiver),*** salvo que dicha persona no reciba ni solicite estos servicios. Servicios que no están comprendidos en los servicios HCBS Waiver son los de tratamiento ambulatorio, Coordinación de Servicios de Medicaid y servicios de los centros de cuidado intermedio para personas con discapacidades del desarrollo (Intermediate Care Facility for Persons with Developmental Disabilities, ICF/DD).

***El arancel completo*** que cobraremos por los servicios figura en el frente de esta notificación o en una hoja adjunta a ella. Si reducimos el arancel, usted debe pagarlo. Si reducimos el arancel o lo eximimos de pagarlo, y luego resulta que usted puede pagarlo en su totalidad, usted deberá pagarlo en su totalidad. Si cambiamos los aranceles reducidos o exentos, lo notificaremos por escrito con 30 días de anticipación. Usted tendrá la obligación de pagar los aranceles, y se los facturaremos, aunque el estado nos pague los servicios y hasta si la ley nos exige que le brindemos servicios.

*Si usted es quien paga los servicios*, le enviaremos las facturas. Por ejemplo, le enviaremos la factura por los servicios de junio, el 30 de julio. Si usted no paga las facturas, trataremos de cobrárselas. No podemos interferir en los servicios, ni acosarlo o amenazarlo a usted ni a ninguna otra persona por el pago de las facturas. Si sigue sin pagar las facturas, podemos ceder nuestra reclamación de pago al Estado de Nueva York.

*No podemos dejar de brindar los servicios* porque usted no tenga Medicaid o no haya nadie que los pague. No obstante, si tratamos de dejar de prestar los servicios por otra razón, usted debe tener la cobertura adecuada de Medicaid o pagarlos servicios, durante el tiempo que dure el trámite para dejar de prestarlos.

**Excepción limitada**

Si usted solo recibe el servicio de empleo con apoyo O de atención de relevo, puede ser elegible para la excepción limitada. Esto significa que usted podría seguir recibiendo servicios de empleo con apoyo o de atención de relevo (pero no ambos) sin solicitar Medicaid y los servicios HCBS Waiver, y sin que le facturemos el servicio. Para conocer más sobre la excepción limitada y para saber si puede ser elegible, solicite la publicación "Información sobre la Excepción Limitada".