

Имя и адрес поставщика

Дата: _____

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОГРАНИЧЕННОМ ИСКЛЮЧЕНИИ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ДРУГИХ УСЛУГ**

(предоставляется поставщиком других запрашиваемых услуг)

Заявитель: _____

Вы получили это уведомление, поскольку: (1) вы являетесь указанным выше лицом и запрашиваете услуги для себя, (2) вы несете ответственность за оплату услуг для указанного выше лица или (3) вы отвечаете за денежные средства вышеуказанного лица.

Вы получили данное уведомление, поскольку участник пользуется ограниченным исключением из правил Управления штата Нью-Йорк по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (New York State Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD), касающихся услуги. **Ограниченное исключение перестанет действовать, если мы предоставим участнику данные услуги:**

- услуги адаптации по месту жительства для независимого проживания дома в альтернативных учреждениях, предоставляющих индивидуализированные услуги (IRA), в учреждении по месту жительства для лиц с особыми потребностями либо в учреждении семейного типа, предоставляющем услуги по уходу
- услуги, предоставляемые в учреждении промежуточного ухода, для лиц с инвалидностью вследствие врожденных пороков развития
- дневное лечение
- дневные услуги адаптации
- управление оказанием медицинского ухода
- услуги адаптации по месту жительства
- услуги предпрофессиональной подготовки
- услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход
- услуги программы помощи в трудоустройстве (SEMP)

Если вы потеряете право на ограниченное исключение, мы можем выставить вам счет на оплату услуг, и мы можем отказать или приостановить осуществление услуг, если оплата не будет получена. Вы или другая ответственная сторона должны будут оплатить услуги программы помощи в трудоустройстве или услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход. В противном случае, вы должны иметь такую страховку Medicaid, которая покрывает услуги программы помощи в трудоустройстве или услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход, а также зарегистрироваться в альтернативной программе HCBS Waiver. Вы навсегда утратите право на ограниченное исключение, если услуги программы помощи в

Управление штата Нью-Йорк по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (New York State Office For People With Developmental Disabilities)

Форма OPWDD LIAB 09 (7/2020)

трудоустройстве или услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход, будут оплачиваться по программе Medicaid.

Мы предоставляем вам Уведомление об ответственности для лиц, обращающихся за услугами, форма OPWDD LIAB 05.