

提供商名稱和地址

日期： \_\_\_\_\_

申請其他服務個人有限例外的通知  
(將由其他所申請服務的提供者發出)

個人：

---

您收到本通知書是因為以下陳述之一屬實：(1) 您為上述個人，並且正在為自己申請服務；  
(2) 您有責任為上述個人的服務支付費用，或(3) 您負責管理上述個人的財務。

本通知適用於目前對OPWDD服務責任規則享有有限例外的個人。該例外將在個人開始接受以下任何服務之日結束：

- 個性化替代住所 (IRA) 或社區住所  
或者家庭護理院中的寄居康復
- 為智力障礙人士提供的中級護理設施  
服務 (ICF/IID)
- 日間治療
- 日間康復
- 護理管理
- 社區康復
- 職業預備服務
- 暫顧
- 獲支援就業服務 (SEMP)

如果有限例外結束，我們可以向您收取服務的費用，並且如果沒有收到付款，我們可拒絕或停止服務。個人或其他責任方將需要為獲支援就業或暫顧服務付費。否則，個人將需要有 Medicaid 保險支付獲支援就業或暫顧服務，並註冊基於家庭和社區服務 (HCBS) 豁免。如果 Medicaid 開始為您的獲支援就業或暫顧服務付款，您將永久失去您的有限例外。

我們為您提供的是個人申請服務的責任通知，表格 OPWDD LIAB 05。