

## УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОГРАНИЧЕННОМ ИСКЛЮЧЕНИИ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДХОДЯЩИХ ПОД ИСКЛЮЧЕНИЕ

Дата: \_\_\_\_\_

Имя и адрес поставщика:

---

Имя и адрес лица:

---

Плата за текущие услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход:  
долл.США \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_

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.

Данное уведомление распространяется только на лиц, получающих услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход, 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, OPWDD). С 15 июня 2010 года, любое лицо, получающее большинство услуг, которые предоставляются под контролем OPWDD, должно оплачивать эти услуги, за исключением случаев, если такое лицо имеет страховку по программе Medicaid, которая покрывает оплату услуг. Тем не менее, лица, которые получают только услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход, не будут получать счета за эти услуги, даже если они не зачислены в программу Medicaid и в программу по оказанию услуг на дому и по месту жительства (HCBS Waiver).

**Вы имеете право на ограниченное исключение, если все нижеприведенные условия выполнены:**

- 1) вы получаете или обратились к нам за получением услуг реабилитации лиц, осуществляющих уход;
- 2) вы не проживаете в альтернативных учреждениях, предоставляющих индивидуализированные услуги (individualized residential alternative, IRA), учреждениях для лиц с особыми потребностями, учреждениях семейного

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

Форма OPWDD LIAB 07 (07/2020)

типа или учреждениях промежуточного ухода для лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков ментального развития (ICF/IID); или

- 3) вы не получаете и ранее не обращались с заявлением на получение следующих услуг, оказание которых контролирует OPWDD: управление оказанием медицинского ухода в отдельных случаях, лечение в дневное время, адаптация по месту жительства, дневные услуги адаптации, услуги предпрофессиональной подготовки, услуги по трудоустройству людей с ограниченными возможностями; или
- 4) вы не являетесь участником альтернативной программы по оказанию услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Services, HCBS Waiver) и не были когда-либо зарегистрированы в альтернативной программе после 14 марта 2010 г.

Если какое-либо из вышеприведенных условий не выполнено, или если ваша ситуация изменится таким образом, что какое-либо из вышеприведенных условий не будет выполнено в будущем, пожалуйста, немедленно сообщите нам об этом.

#### **Что означает термин «ограниченное исключение»**

Ограниченное исключение означает, что вы можете продолжать получать услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход, без получения счета на оплату и обращения с заявлением на участие в программе Medicaid и в альтернативной программе HCBS Waiver.

**Сообщите нам, если** вы подаете заявление на проживание в ICF/DD, IRA, в учреждении для лиц с особыми потребностями либо учреждении семейного типа, предоставляющем услуги по уходу, или если вы просите о координации услуг медицинского ухода, лечении в дневное время, о предоставлении услуг социальной адаптации, услуг адаптации по месту жительства, дневных услуг адаптации, услуг предпрофессиональной подготовки, услуг программы помощи в трудоустройстве.

**При получении вышеуказанных услуг вы лишаетесь права на *ограниченное исключение* с начала получения таких услуг. Вы можете получить право на еще одно ограниченное исключение в отношении услуг реабилитации лиц, осуществляющих уход, если вы перестанете получать другие услуги либо каким-нибудь иным образом приобретете право на такое ограниченное исключение.**

Если действие ограниченного исключения прекращается, вы или другая ответственная сторона должны будете оплатить услуги. В противном случае, вы должны будете иметь такую страховку Medicaid, которая покрывает услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход, и зарегистрироваться в альтернативной программе HCBS Waiver. **Примечание: вы *навсегда утратите право на ограниченное исключение*, если услуги реабилитации лиц, осуществляющих уход, будут оплачиваться по программе Medicaid.**

**Мы можем выставить Вам счет за эти услуги, если вы несете ответственность за его оплату. Мы можем отказать или приостановить оказание услуг, если оплата не будет нами получена.** Мы обязаны следовать общепринятым правилам прекращения предоставления услуг. В предоставлении услуг нельзя отказать или прекратить их предоставление, если это запрещено законом.