

符合例外個人有限例外的通知

日期：_____

提供商名稱和地址：

個人姓名和地址：

當前暫顧服務費用：\$ _____ 每 _____

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暫顧服務；（2）您有責任為上述個人的暫顧服務支付費用，或（3）您負責管理上述個人的財務。

本通知適用於僅接受由紐約州發育障礙人士辦公室（OPWDD）監督的暫顧服務的個人。自 2010 年 6 月 15 日起，接受 OPWDD 監督的大多數服務的任何人都必須為服務付費，除非他們有 Medicaid 保險來支付服務費用。但是，僅接受暫顧服務的人士將不會收到這些服務的帳單，也不需要擁有 Medicaid 保險和註冊 HCBS 豁免。

如果所有以下陳述屬實，您便具有有限例外的資格：

- 1) 您正在接受或申請我們提供暫顧服務；
- 2) 您居住在為智力障礙個人（ICF/IID）提供服務的個性化替代住所（IRA）、社區住所、家庭護理院或者中級護理設施；或
- 3) 您未接受或申請由OPWDD監督的下列任何服務：護理管理、日間治療、社區康復、日間康復、職業預備服務或獲支援就業服務；或
- 4) 您未註冊OPWDD基於家庭和社區服務（HCBS）豁免計畫，並且您未於2010年3月14日之後的任何時間註冊。

如果以上任何陳述均不屬實，或者您的情況有所變化而導致以上任何陳述都不屬實，請立即通知我們。

有限例外意味著什麼：

有限例外意味著您可以接受**暫顧服務**而不被收取服務費用，也無需申請**Medicaid**和**HCBS**豁免。

如果您申請居住在 **IRA**、社區住所、家庭護理院或 **ICF/IID** 中，或者申請護理管理、日間治療、社區康復、日間康復、職業預備服務或獲支援就業服務，**則您必須通知我們**。

如果您接受上述任何服務，則從該等服務啟動之日開始，您的**有限例外將結束**。如果您停止接受其他服務，且以其他方式具有有限例外的資格，則您將有資格就您的暫顧服務獲得另一項有限例外。

如果有限例外結束，則個人或其他責任方將需要為服務付費。否則，個人將需擁有**Medicaid**保險，以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。**注意：如果Medicaid開始為您的暫顧服務付款，您將永久失去您的有限例外。**

如果您負責他們的費用，我們可以就服務向您發送帳單。如果沒有收到付款，我們可以**拒絕或停止服務**。我們必須遵守停止服務的通常規則。如果法律禁止，我們不能拒絕或停止服務。