

申請其他服務個人有限例外的通知
(由受支持就業或暫顧服務提供者簽發)

日期：_____

提供商名稱和地址：

個人姓名和地址：

當前受支援就業或暫顧服務的費用：\$ _____ 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。

我們獲悉，已申請為上述個人提供額外服務，這些服務由紐約州發育障礙人士辦公室 (OPWDD) 監督。個人現在具有對於OPWDD服務責任規則的一項**有限例外**。該**有限例外**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
- 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
- 護理
- 獲支援就業服務 (SEMP)

在其他服務開始之前，我們必須確定由誰來負責支付服務費用。這可以是 Medicaid 或其他付款人，例如個人或個人的法定監護人。您需要向我們提供進行此項確定所需的資訊。即使您願意為服務付費，我們也必須做出這一確定。如果 Medicaid 不負責服務費用，我們將確定是否有其他付款人負責服務費用，以及該其他付款人是否可以負擔費用。

如果**有限例外**結束，我們可以向您收取獲支援就業或暫顧服務的費用，並且如果沒有收到付款，我們可能會拒絕或停止獲支援就業或暫顧服務。個人或其他責任方將需要為服務付費。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。在特殊情況下可提供費用減免或豁免。

如果個人已經擁有 Medicaid 保險，您必須向我們提供包括個人的 Medicaid 客戶身份識別號碼在內的保險憑證。個人將來必須維持 Medicaid 保險。如果該個人失去保險，則您必須通知我們。

如果該個人尚未擁有 Medicaid 保險：

如果沒有其他付款人，則您必須為服務付費。如果您負責該個人的資金，則您只需要使用該個人的資金來支付服務費用。

或者

如果沒有其他付款人可以支付服務費用，**則您必須申請 Medicaid**。當申請 Medicaid 時，您必須採取所有法律步驟，才有資格獲得並維持 Medicaid 保險。我們可以協助 Medicaid 申請程式，或者代表您使用您提供給我們的資訊進行申請。

在進行服務時，您必須告知我們以下資訊：

- 您已收到來自 Medicaid 區域有關個人失去 Medicaid 保險的任何通知。您必須在收到本通知書後五天內告知我們。
- 個人的 Medicaid 保險發生了變更。
- 發生的變更可能會影響個人的 Medicaid 保險，包括但不限於收入、儲蓄或其他資源、居住狀況或移民身份的變化。
- 您無法再負擔支付服務費用，您認為自己不再負責服務費用，或者您認為應由其他付款人負責服務費用。

我們必須保護您資訊的機密性。我們將僅向需要資訊履行其工作的人員提供您資訊的訪問權。這包括紐約州的雇員和其他機構雇員，為申請諸如 Medicaid、補充社會保險收入、Medicare、社會保險和補充營養援助計畫（SNAP）福利所需的資訊。

所申請服務的**全額費用**見本通知首頁或本通知所附的表單。如果我們減免費用，您將需要支付減免的費用。如果我們減免了費用，但後來又確定您有能力支付全額費用，則將要求您支付全額費用。如果費用減免變更，我們將提前 30 天向您提供書面通知。您仍須負責支付您的服務費用，並且如有以下情況，州仍可要求您支付已提供服務的費用：

- 您未能就您負責的服務付費，且州已支付該等服務費用；
- 法律要求即使您不付費，我們也要提供服務；或
- 停止服務的法律程式正在審理中。

在該等情況下，您仍需承擔費用，且我們仍將向您收取已提供服務的費用。

如果您需為服務付費，**我們將向您發送帳單**。我們將在服務後月份的 30 日發送月度帳單。如果您不支付帳單，我們將嘗試向您催收款項。我們不能就您的帳單干預服務，或者騷擾或威脅您或其他任何人。如果您仍然不支付帳單，並且 OPWDD 同意，我們必須將我們的付款請求權轉讓給紐約州。

如果您沒有 Medicaid，並且沒有人支付服務費用，**您的獲支援就業或暫顧服務可能會停止**。如果您自 2010 年 3 月 15 日以來不間斷地接受獲支援雇傭或暫顧服務，則我們不能因不付款而將其停止。我們可以出於**非財務原因**停止該等服務。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。