

**Наименование и адрес поставщика услуг****УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ****Участник, получающий услуги:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_

Настоящее уведомление касается только лиц, получающих дневные услуги адаптации или проживающих в учреждении, предоставляющем индивидуализированные услуги, учреждении семейного типа, предоставляющем услуги по уходу, учреждении для лиц с особыми потребностями или учреждении промежуточного ухода для лиц с инвалидностью вследствие пороков развития. Начиная с 15 апреля 2009 г. каждый участник, получающий любые из указанных услуг, должен иметь такую страховку Medicaid, которая оплачивает данные услуги, либо оплачивать их самостоятельно.

Вы получили настоящее уведомление, поскольку вы являетесь вышеназванным участником, получающим от нас услуги, либо являетесь лицом, которое оплачивает из ваших средств, либо вы являетесь лицом, которое распоряжается деньгами участника. Если вы отвечаете за финансы участника, для оплаты услуг вы должны использовать только финансовые средства данного лица, а не свои собственные.

***До 15 апреля 2009 г.:***

Вы должны предоставить запрашиваемую нами информацию. Если Medicaid уже не покрывает данные услуги, мы должны определить, кто будет оплачивать предоставление услуг: Medicaid или другое лицо. Даже если вы согласны оплачивать услуги, мы можем запросить информацию, чтобы определить, кто должен оплачивать услуги, может ли себе это позволить ответственное лицо и будет ли производить оплату Medicaid.

***В любое время после 15 апреля 2009 г. в период предоставления услуг:***

Если вы являетесь лицом, получающим услуги, необходимо предоставить о себе следующую информацию. Если вы являетесь лицом, которое будет оплачивать услуги, вы должны предоставить следующую информацию об участнике, получающем услуги.

- О любом уведомлении от отделения Medicaid о прекращении участия в программе Medicaid. Вы должны сообщить нам об уведомлении не позднее чем через 5 дней после его получения или после получения соответствующей информации.
- О любых изменениях в плане покрытия участника по программе Medicaid.
- О любых изменениях дохода, суммы сбережений и прочих активов, жизненной ситуации, иммиграционного статуса и о любом другом изменении, которое может повлиять на право на участие в программе Medicaid.

Невзирая на то, кем вы являетесь, если вы оплачиваете услуги, то должны нам сообщить, если вы считаете, что больше не должны оплачивать услуги, что платить должен кто-либо другой или если вы или другое лицо больше не в состоянии производить оплату.

**Конфиденциальность информации**

Мы обязаны соблюдать конфиденциальность полученной нами информации. Запрашивать данную информацию или ознакомиться с данной информацией имеют право только определенные сотрудники. Мы можем предоставлять сведения штату Нью-Йорк и другим учреждениям, чтобы обращаться за получением льгот и пособий, таких как Medicaid, Medicare, социальное обеспечение или продовольственные талоны.

**Оплата услуг**

Если вы являетесь лицом, получающим услуги:

- Вам придется произвести оплату самостоятельно, если ваша страховка Medicaid не оплачивает данные услуги и мы не отменили оплату.
- Вы должны подать заявление на участие в программе Medicaid, если никто не оплачивает предоставляемые услуги и оплата услуг не была для вас отменена.
- Если вы уже являетесь участником соответствующего плана программы Medicaid, вы должны предоставить нам идентификационный номер клиента Medicaid (Medicaid Client Identification Number) (или другое доказательство участия в программе Medicaid). Вы должны сохранить свое участие в программе Medicaid в будущем.
- Если, не являясь участником соответствующего плана программы Medicaid, вы хотите, чтобы программа Medicaid произвела оплату, вы должны сделать все необходимое, чтобы стать участником Medicaid и сохранить участие в программе, или предоставить нам необходимую информацию, чтобы мы помогли вам подать заявление на участие в программе Medicaid, или подали заявление за вас.
- Если вы не проживаете в учреждении промежуточного ухода для лиц с инвалидностью вследствие пороков развития, вы должны предпринять необходимые действия для регистрации в альтернативной программе предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Services Waiver).

Если вы не являетесь участником, но являетесь лицом, которое будет оплачивать услуги:

- Вам придется оплачивать услуги самостоятельно, если участник не зарегистрирован в соответствующем плане программы Medicaid и оплата услуг не была для вас отменена.
- Вам придется подать заявление на участие в программе Medicaid за участника, если никто не производит оплату самостоятельно и оплата услуг не была для вас отменена.
- Если участником уже зарегистрирован в соответствующем плане программы Medicaid, вы должны предоставить нам его идентификационный номер клиента Medicaid (Medicaid Client Identification Number) (или другое доказательство участия в программе Medicaid) и должны сохранить его участие в программе Medicaid в будущем.
- Если вы хотите, чтобы программа Medicaid произвела оплату, но участник не зарегистрирован в соответствующем плане программы Medicaid, вы должны сделать все необходимое, чтобы зарегистрировать участника в Medicaid и сохранить его участие в программе, или предоставить нам необходимую информацию чтобы мы помогли вам подать заявление на участие в программе Medicaid или подали заявление за участника.
- Если участник не находится в учреждении промежуточного ухода для лиц с инвалидностью вследствие пороков развития, вы должны предпринять необходимые действия, чтобы зарегистрировать данного участника в альтернативной программе услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Services Waiver).

Надлежащий план программы Medicaid — это план, в рамках которого оплачиваются предоставляемые нами услуги. Сделать все необходимое, чтобы стать участником Medicaid и сохранить участие в программе, означает предпринять все, что не противоречит законодательству и дает право на участие в программе Medicaid. Это может включать в себя создание специализированного трастового фонда или снижение уровня доходов или ресурсов.

Полная сумма платежа составляет \_\_\_\_\_ . Если сумма платежа будет снижена, вы должны будете выплачивать сниженную сумму платежа. Даже если мы уменьшим сумму платежа или отменим для вас оплату, возможно, вам придется оплачивать услуги в полном объеме, если окажется, что вы в состоянии это сделать.

Несмотря на то, что штат оплачивает оказываемые нами услуги и мы обязаны обслуживать вас согласно законодательству, вы все равно обязаны вносить оплату, а мы будем выставять вам счета. Мы не можем прекратить предоставление услуг в связи с тем, что вы не оплачиваете данные услуги. Однако если мы намерены прекратить предоставление услуг по другой причине, вы должны оплачивать услуги, в то время как мы обращаемся к надлежащим процедурам прекращения обслуживания.

### ***Счета***

Если вы оплачиваете услуги, мы будем отправлять вам ежемесячный счет до 30-го числа следующего месяца. Например, счет за апрель будет отправлен до 30 мая. Если вы не будете оплачивать счета, мы предпримем меры для взыскания с вас необходимой суммы. Мы не можем вмешиваться в оказание услуг или беспокоить, надоедать или запугивать вас или другое лицо из-за счетов. Если вы не будете оплачивать счета, мы можем передать требование об оплате штату Нью-Йорк. Если произойдут изменения относительно сокращенной суммы платежа или отмены платежа, мы предоставим вам письменное уведомление за 30 дней.