

**Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługi**

**POWIADOMIENIE O OBOWIĄZKACH  
DOTYCZĄCYCH ŚWIADCZONYCH USŁUG – 2010**

**Osoba otrzymująca usługi:** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**Oplata (opłaty) za usługi:** \_\_\_\_\_ **USD za** \_\_\_\_\_

**Otrzymali Państwo to powiadomienie, ponieważ** a) są Państwo wymienioną powyżej osobą, która otrzymuje jedną z wymienionych poniżej usług (lub pomagają Państwo tej osobie), lub b) mają Państwo obowiązek opłacić usługi dla wymienionej powyżej osoby z własnych środków lub c) są Państwo odpowiedzialni za środki finansowe wymienionej powyżej osoby. Jeżeli są Państwo osobą wymienioną powyżej, to ilekroć w niniejszym powiadomieniu używamy wyrażen i słów „osoba, której dotyczy sprawa”, „osoba otrzymująca usługi” lub „Państwo”, dotyczy to Państwa.

Osobie, której dotyczy sprawa świadczymy usługi zaznaczone poniżej. Są to usługi nadzorowane przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi Stanu Nowy Jork.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MSC (Koordynacja Usług Medicaid)   | <input type="checkbox"/> usługi opieki zastępczej          |
| <input type="checkbox"/> terapia dzienna                    | <input type="checkbox"/> usługi zatrudnienia wspomaganego  |
| <input type="checkbox"/> habilitacja w otoczeniu społecznym | <input type="checkbox"/> program OPTS – usługi mieszane    |
| <input type="checkbox"/> habilitacja w domu                 | <input type="checkbox"/> program OPTS – usługi kompleksowe |
| <input type="checkbox"/> usługi preorientacji zawodowej     |  |

Wg. stanu na 15 czerwca 2010 r. każda osoba otrzymująca ww. usługi zobowiązana jest do korzystania z takiej opcji programu Medicaid, w ramach której pokrywane są ich koszty, lub opłacania ich we własnym zakresie. W wyjątkowych okolicznościach możliwe jest zwolnienie z opłat lub ich obniżenie.

**Obowiązek udzielania informacji**

**Do 15 czerwca 2010 r.** mają Państwo obowiązek podać nam informacje, o które prosimy. Jeżeli Medicaid nie pokrywa kosztów usług, musimy sprawdzić, czy zostaną one opłacone przez tę instytucję lub inną osobę/inny podmiot. Nawet jeśli zgodzą się Państwo pokryć koszt usług, możemy poprosić o informacje w celu ustalenia, do kogo należy obowiązek opłacania ich oraz czy osoba mająca je opłacać ma odpowiednie możliwości finansowe, a także czy opłaci je Medicaid.

**W dowolnym czasie po 15 czerwca 2010 r.**, podczas świadczenia przez nas usług, mają Państwo obowiązek przekazywać nam informacje o następujących zdarzeniach:

- Każde zawiadomienie z okręgu objętego programem Medicaid o utracie świadczeń w ramach tego programu przysługujących osobie, której dotyczy sprawa. Mają Państwo obowiązek poinformować nas o zawiadomieniu nie później niż 5 dni po otrzymaniu go lub uzyskaniu informacji o nim.
- Wszelkie zmiany dotyczące rodzaju i zakresu świadczeń w ramach Medicaid.

- Wszelkie zmiany dotyczące dochodu, stanu oszczędności lub innych posiadanych środków, sytuacji życiowej, statusie imigracyjnym lub inne zmiany mające wpływ na uprawnienia osoby, której dotyczy sprawa, do uczestnictwa w programie Medicaid.
- W przypadku przekonania, a) że nie dotyczy już Państwa wymóg opłacania usług lub b) że ktoś inny musi je opłacać, lub c) jeżeli Państwo (lub ktoś inny) utracili możliwości finansowe pozwalające na opłacanie usług.

***Jesteśmy zobowiązani do ochrony prywatności informacji, które otrzymujemy.*** Tylko niektórzy z naszych pracowników mogą wnioskować o te informacje i uzyskać do nich dostęp. Informacje te możemy przekazać tylko Stanowi Nowy Jork i innym podmiotom w związku z ubieganiem się o świadczenia w ramach programów takich jak Medicaid, Medicare i Ubezpieczenie Społeczne (Social Security) oraz kupony żywnościowe (food stamps).

## **Płatności za usługi**

**Jeżeli osoba, której dotyczy sprawa, posiada już odpowiedni rodzaj świadczeń Medicaid,** zobowiązani są Państwo podać nam nadany tej osobie numer identyfikacyjny klienta (Medicaid Client Identification Number) lub udostępnić nam inny dowód posiadania przez tą osobę prawa do świadczeń w ramach programu, a osoba ta musi zachować prawo do otrzymywania świadczeń w ramach Medicaid w przyszłości.

***Jeśli osoba, której dotyczy sprawa, nie posiada jeszcze prawa do odpowiednich świadczeń w ramach Medicaid:***

***Będą Państwo musieli ubiegać się o prawo do świadczeń w ramach Medicaid,*** jeśli nikt nie opłaca usług ze swoich prywatnych środków, a my nie uchyliliśmy opłaty. Jeżeli muszą Państwo złożyć wniosek o uczestnictwo w programie Medicaid, konieczne jest podjęcie wszelkich zgodnych z prawem działań w celu zakwalifikowania osoby, której dotyczy sprawa do programu Medicaid tak, aby otrzymała oraz zachowała ona odpowiedniego rodzaju świadczenia. Mogą Państwo również udzielić nam odpowiednich informacji i pozwolić, abyśmy złożyli wniosek w Państwa imieniu lub pomogli Państwu w jego złożeniu.

## **LUB**

***Będą Państwo zobowiązani do opłacania usług,*** jeżeli nie opłaci ich nikt inny i nie uchylimy opłat. Jeżeli są Państwo odpowiedzialni za środki finansowe osoby korzystającej z usług, muszą Państwo korzystać w tym celu tylko ze środków tej osoby, nie zaś z własnych.

***Właściwy rodzaj świadczeń Medicaid*** to taki, który pozwoli na opłacenie usług świadczonych ich odbiorcy.

***Są Państwo zobowiązani do podjęcia wszelkich działań aby zapisać osobę, której dotyczy sprawa, do Programu Opieki Domowej i Społecznościowej (Home and Community Based Services (HCBS) Waiver),*** chyba że osoba ta nie otrzymuje ani nie wnioskuje o żadne usługi w ramach HCBS Waiver. Usługi, które nie stanowią usług w ramach programu HCBS waiver to terapia dzienna, koordynacja usług Medicaid oraz usługi ICF/DD.

***Pełna kwota opłaty,*** jaką będziemy pobierać za usługi, wyszczególniona jest na pierwszej stronie niniejszego powiadomienia lub na dołączonym do niego arkuszu. Jeżeli obniżymy opłatę, Państwa obowiązkiem będzie uiszczenie jej obniżonej kwoty. Jeżeli obniżymy lub uchylimy opłatę, a okaże się, że Państwa możliwości finansowe pozwalają na opłacenie pełnej kwoty, będą Państwo zobowiązani do

opłacenia kwoty w pełnym wymiarze. O wszelkich zmianach dotyczących obniżonych lub uchylonych opłat będziemy informować Państwa na piśmie z 30-dniowym wyprzedzeniem. W dalszym ciągu będą Państwo ponosić opłaty, a my będziemy wystawiać rachunki, nawet jeśli Stan Nowy Jork zapłaci nam za usługi i nawet jeśli przepisy prawa będą wymagać od nas świadczenia usług.

***Będziemy przysyłać Państwu rachunki*** w przypadku, kiedy to Państwo będą zobowiązani opłacać usługi. Rachunek za dany miesiąc wyślemy Państwu do 30 dnia następnego miesiąca. Dla przykładu, rachunek za czerwiec prześlemy Państwu do 30 lipca. W przypadku nieopłacenia wystawionych rachunków, będziemy próbowali egzekwować od Państwa spłatę należności. Nie możemy zakłócać świadczenia usług ani też nękać Państwa (lub innych osób) czy stosować gróźb w związku z Państwa płatnościami wynikającymi z rachunków. Jeżeli uparczywie nie będą Państwo opłacać rachunków, możemy scedować nasze roszczenie o zapłatę na Stan Nowy Jork.

***Nie możemy wstrzymać świadczenia usług***, ponieważ nie są Państwo uczestnikiem programu Medicaid i usługi nie są przez nikogo opłacane. Jeżeli jednak spróbujemy wstrzymać świadczenie usług z innego powodu, to mają Państwo obowiązek uprawnienia do odpowiedniego świadczenia w ramach Medicaid, tak aby usługi były opłacane w czasie trwania postępowania w sprawie wstrzymania ich świadczenia.

### **Zasada ograniczonego wyjątku**

Jeżeli otrzymują Państwo tylko usługi zatrudnienia wspomaganego LUB usługi opieki zastępczej, mogą Państwo kwalifikować się do zastosowania tzw. zasady ograniczonego wyjątku. Oznacza to, że mogą Państwo nadal korzystać z jednej z ww. usług (ale nie z obu) bez konieczności ubiegania się o uczestnictwo w programach Medicaid i HCBS Waiver nie otrzymując rachunków za te usługi. Aby dowiedzieć się więcej o zasadzie ograniczonego wyjątku i ustalić, czy mogą się Państwo kwalifikować do jej zastosowania, należy poprosić o dokument pt. „Informacje o zasadzie ograniczonego wyjątku”.