

예외 적격자에 대한 제한적 예외 고지

날짜: _____

공급자 이름 및 주소:

개인 이름 및 주소:

현재 임시 간호(respite) 서비스 요금: \$ _____ / _____

다음 진술 중 하나가 사실이기 때문에 이 고지를 받으셨습니다. (1) 귀하는 위에 이름이 명기된 개인으로 직접 임시 간호 서비스를 신청하고 있거나, (2) 귀하는 위에 이름이 명기된 개인을 위한 임시 간호 서비스 비용을 지불할 책임이 있거나, (3) 위에 이름이 명기된 개인의 재정을 관리할 책임이 있습니다.

이 고지는 뉴욕주 발달장애국(OPWDD)이 감독하는 임시 간호 서비스만 받는 개인에게 적용됩니다. 2010년 6월 15일자로, OPWDD가 감독하는 대부분의 서비스를 받는 사람은 서비스 비용을 지불할 메디케이드 보장이 없는 한 서비스 비용을 지불해야 합니다. 그러나 임시 간호 서비스만 받는 사람은 이러한 서비스에 대한 청구서를 받지 않으며, 메디케이드 보장 및 HCBS 면제 등록이 필요하지 않습니다.

아래 진술이 모두 사실인 경우, 제한적 예외가 될 자격이 있습니다:

- 1) 귀하가 우리로부터 임시 간호 서비스를 받고 있거나 요청하고 있습니다.
- 2) 맞춤형 주거 대안(Individualized Resident Alternative, IRA), 커뮤니티 주거지, 패밀리 케어 홈 또는 지적장애인을 위한 중간 치료 시설(ICF/IID)에 거주하지 않습니다.
- 3) 귀하는 OPWDD가 감독하는 다음의 서비스를 받고 있거나 요청하지 않습니다: 케어 매니지먼트, 주간 치료, 지역사회 재활, 주간 재활, 직업 전 서비스, 또는 지원 고용 서비스. 및
- 4) 귀하는 OPWDD 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램에 등록되어 있지 않으며, 2010년 3월 14일 이후 등록된 적이 한 번도 없습니다.

위의 진술이 사실이 아니거나 귀하의 상황에 변동이 생겨 위의 진술이 사실이 아니게 되는 경우, 즉시 알려주십시오.

제한적 예외의 의미:

제한적 예외는 서비스 비용을 청구받지 않고 메디케이드 및 HCBS 면제 신청도 하지 않은 상태로 임시 간호 서비스를 받을 수 있음을 의미합니다.

다음의 경우, 우리에게 알려야 합니다. IRA, 커뮤니티 주거지, 패밀리 케어 홈 또는 ICF/IID에 거주하도록 요청하거나, 케어 매니지먼트, 주간 치료, 커뮤니티 재활, 주간 재활, 직업 전 서비스 또는 지원 고용 서비스를 요청하는 경우.

위의 서비스를 받는 경우, 해당 서비스가 시작되는 날짜부터 귀하의 *제한적 예외가 종료됩니다.* 다른 서비스를 받는 것을 중단하고 제한적 예외에 대한 자격이 있는 경우, 임시 간호 서비스에 대한 또 다른 제한적 예외에 적격이 될 수 있습니다.

제한적 예외가 종료되면 개인 또는 다른 책임 당사자가 서비스 비용을 지불해야 합니다. 또는 임시 간호 서비스 비용을 지불하는 메디케이드 보장과 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 등록이 필요합니다. **유의:** 메디케이드가 임시 간호 서비스에 대한 비용을 지불하기 시작하는 경우, 귀하의 *제한적 예외를 영구 상실하게 됩니다.*

귀하가 비용 부담 책임을 지는 경우, 귀하에게 서비스 비용을 청구할 수 있습니다. 납입이 이루어지지 않으면 서비스를 거부하거나 중단할 수 있습니다. 우리는 서비스 중단에 대한 일반적인 규칙을 따라야 합니다. 법률이 금하는 경우, 서비스를 거부하거나 중단할 수 없습니다.