

## Nome e indirizzo del fornitore

### AVVISO DI RESPONSABILITÀ PER I SOGGETTI CHE PRESENTANO DOMANDA DI PRESTAZIONI DI SERVIZI

Servizi richiesti per: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
(Nome del destinatario del servizio) Fe:

Tariffa(i) per i servizi richiesti: \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_

Hai ricevuto questa notifica perché una delle seguenti affermazioni è vera: (1) sei il sopra-persona di nome e stanno richiedendo servizi per te, (2) Lei è responsabile del pagamento dei servizi per l'individuo di cui sopra, o (3) è responsabile della gestione delle finanze dell'individuo di cui sopra.

I servizi elencati di seguito sono supervisionati dal New York State Office for People With Developmental Disabilities (OPWDD). Tali servizi controllati di seguito sono stati richiesti da o per conto della persona sopra indicata.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> abilitazione residenziale in un'alternativa residenziale individualizzata (IRA) o residenza comunitaria, o casa di cura della famiglia | <input type="checkbox"/> trattamento diurno                       |
| <input type="checkbox"/> servizi di strutture di assistenza intermedia per persone con disabilità intellettive (ICF/IID)  | <input type="checkbox"/> Gestione della cura                      |
| <input type="checkbox"/> abilitazione diurna  | <input type="checkbox"/> abilitazione della comunità              |
|   | <input type="checkbox"/> servizi preprofessionali                 |
|   | <input type="checkbox"/> tregua                                   |
|   | <input type="checkbox"/> servizi di collocamento sostenuti (SEMP) |

Ogni individuo che riceve questi servizi deve pagare per i servizi o avere Medicaid copertura che pagherà per i servizi.

#### Informazioni di fornire

**Prima che i servizi inizino, dobbiamo determinare chi è responsabile del pagamento del costo dei servizi. Ciò potrebbe essere Medicaid o un altro payor, quale l'individuo o il tutore legale dell'individuo. Siete tenuti a fornirci le informazioni di cui abbiamo bisogno per prendere questa decisione. Dobbiamo prendere questa decisione anche se si offre di pagare per i servizi. Se Medicaid non è responsabile per il costo dei servizi, determineremo se un altro payor è responsabile per il costo dei servizi e se quell'altro payor può permettersi il pagamento.**

**Se l'individuo ha già la copertura Medicaid, è necessario fornire una prova di copertura tra cui il numero di identificazione del cliente Medicaid della persona. L'individuo deve mantenere la copertura Medicaid in futuro. Se l'individuo perde la copertura, è necessario informarci.**

**Se l'individuo non ha già la copertura Medicaid:**

**È necessario pagare per i servizi** se nessun altro pagatore esiste. Se siete responsabili dei soldi dell'individuo, siete tenuti soltanto ad usare i soldi dell'individuo per pagare i servizi.

O

**È necessario richiedere Medicaid** se nessun altro pagatore può pagare per i servizi. Quando si applica per Medicaid, è necessario prendere tutte le misure legali per qualificarsi e mantenere la copertura Medicaid. Possiamo aiutare con il processo di applicazione Medicaid o applicare per vostro conto con le informazioni fornite a noi

**Mentre i servizi sono in corso, è necessario informarci dei seguenti:**

- Che avete ricevuto qualsiasi avviso dal distretto Medicaid per quanto riguarda la perdita della copertura Medicaid della persona. Dovete informarci di questa comunicazione entro cinque giorni dalla data di ricezione.
- Che i cambiamenti si sono verificati nella copertura Medicaid della persona..
- Che i cambiamenti si sono verificati che possono influenzare la copertura Medicaid della persona, tra cui, ma non limitato ai cambiamenti di reddito, risparmio o altre risorse, situazione di vita, o lo status di immigrazione.
- Che non può più permettersi di pagare per il costo dei servizi, si crede di non essere più responsabile per il costo dei servizi, o si ritiene che un altro pagatore è responsabile per il costo dei servizi.

**Dobbiamo proteggere la riservatezza delle tue informazioni.** Forniremo l'accesso alle tue informazioni solo a coloro che ne hanno bisogno per svolgere il loro lavoro. Questo include i dipendenti dello Stato di New York e dipendenti di altre agenzie, se necessario per richiedere prestazioni come Medicaid, Reddito di sicurezza supplementare, Medicare, Sicurezza sociale e Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefici

**Se l'individuo richiede servizi di rinuncia Home and Community Based Services (HCBS), è necessario adottare le misure necessarie per iscrivere l'individuo nella deroga HCBS.** I servizi che non sono servizi HCBS Waiver sono ICF/IID, trattamento diurno e/o gestione delle cure. Medicaid non pagherà per i servizi HCBS Waiver se l'individuo non è iscritto al HCBS Waiver.

**L'intero canone** per i servizi richiesti figura sulla parte anteriore del presente avviso o su un foglio allegato al presente avviso. Se riduciamo la tassa, ti verrà richiesto di pagare la tariffa ridotta. Se riduciamo la tassa e in seguito determiniamo che siete in grado di pagare l'intera tassa, vi verrà richiesto di pagare l'intera tassa. Vi forniremo un preavviso scritto di 30 giorni se la riduzione della tassa cambia. L'utente sarà comunque responsabile del pagamento dei servizi anche se si verificano le seguenti circostanze: l'utente non ha pagato per i servizi di cui è responsabile e lo Stato ha pagato per tali servizi, la legge ci impone di fornire servizi nonostante il nonsono pendenti pagamenti o procedimenti giudiziari per la cessazione dei servizi. Sarete comunque responsabili per le tasse e vi fattureremo comunque per i servizi resi in queste circostanze.

**Vi invieremo le fatture** se si paga per i servizi. Vi invieremo una fattura mensile entro il 30 del mese successivo servizio. Ad esempio, ti invieremo una fattura per i servizi di aprile entro il 30 maggio. Se non paghi le bollette, cercheremo di raccogliere il pagamento da te. Non possiamo interferire con i servizi, o molestare o minacciare te o chiunque altro per le tue fatture. Se ancora non paghi le bollette e OPWDD accetta, dobbiamo assegnare la nostra richiesta di pagamento allo Stato di New York.

Modulo OPWDD LIAB 05 (7/2020)

Ufficio di Stato di New York per le persone con disabilità di sviluppo

***Possiamo negare o interrompere i servizi.*** Possiamo negare la richiesta di servizi se tutti i seguenti sono veri: Medicaid non pagherà per i servizi e non abbiamo garanzie ragionevoli che un altro pagatore pagherà per i servizi. Se cominciamo servizi, in alcuni casi, possiamo interrompere tali servizi nel caso in cui il pagatore ha smesso di pagare per i servizi. Se interrompiamo i servizi per il mancato pagamento, siamo tenuti a rispettare le normali regole per l'interruzione dei servizi. Non possiamo negare o interrompere i servizi se la legge lo vieta.

### **L'eccezione limitata**

Se l'individuo riceve solo i servizi di tregua O l'individuo ha ricevuto i servizi di occupazione supportati solo prima del 1° luglio 2015 e continua a ricevere solo i servizi di occupazione supportati, l'individuo può essere ammissibile per una limitata eccezione alla responsabilità di pagamento. Ciò significa che l'individuo potrebbe continuare a ricevere servizi di tregua o posti di lavoro supportati (ma non entrambi) senza essere fatturato per il servizio e senza richiedere Medicaid e la deroga HCBS. Per saperne di più sul l'eccezione limitata, è possibile richiedere queste pubblicazioni: "Information About the Limited Exception for Respite" e "Information About the Limited Exception for Supported Employment for Individuals Eligible to be Grandfathered".