

提供商名稱和地址

申請服務個人責任通知書

申請的服務： _____ 日期： _____
(服務接受者名稱)

申請服務的費用：\$ _____ 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。

以下列出的服務由紐約州殘障人士辦公室 (OPWDD) 監督。下面勾選的服務已由上述人員或其代表提出申請。

- 個性化替代住宅 (IRA) 或社區住宅
或家庭護理院中的寄居康復
- 為智力障礙人士提供的中級護理設施服務 (ICF/IID)
- 日間康復
- 日間治療
- 護理管理
- 社區康復
- 職業預備服務
- 護理
- 支援就業服務 (SEMP)

接受這些服務的任何個人都必須為服務付費或擁有將為服務付費的 Medicaid 保險。

提供資訊

在服務開始之前，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。

如果該個人尚未享受 **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** 區有關失去個人 **Medicaid** 保險的任何通知。您必須在收到本通知書後的五天內告知我們。
- 個人的 **Medicaid** 保險發生了變化。
- 發生的變化可能會影響個人的 **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。

如果該個人在申請基於家庭和社區服務（**HCBS**）豁免的服務，則您必須採取必要步驟令該個人註冊 **HCBS** 豁免。並非 **HCBS** 豁免服務的服務為 **ICF/IID**、日間治療和/或護理管理。如果個人未註冊 **HCBS** 豁免，則 **Medicaid** 不會為 **HCBS** 豁免服務付費。

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。如果我們減少費用，您將需要支付減少的費用。如果我們減少了費用，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。如果費用降低變更，我們將提前 30 天向您提供書面通知。即使發生以下情況，您仍將有責任為您的服務支付費用：您沒有支付您應承擔的服務費用，而州已為這些服務支付了費用，法律規定我們即使您未付款也要提供服務，或有關停止服務的法律程式正在處理中。在該等情況下，您仍需承擔費用，且我們仍將向您收取服務費用。

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。例如，我們將在 5 月 30 日之前向您發送 4 月份服務的帳單。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。

我們可以拒絕或停止服務。如果滿足以下所有條件，我們可以拒絕您的服務申請：**Medicaid** 不會為服務付款，且我們沒有其他付款人將為服務付款的合理保證。如果我們開始提供服務，在某些情況下，如果付款人停止為服務付款，我們可以停止這些服務。如果我們因不付款而停止服務，我們必須遵循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。

有限例外

如果個人僅接受暫顧服務，或者個人僅在 2015 年 7 月 1 日之前接受支援的就業服務，並且僅繼續接受支援的就業服務，則該個人可能就付款責任具有有限例外資格。這意味著該個人可以繼續接受暫顧服務或獲支援就業（但不能同時獲得這兩者），而無需為此服務付費，也無需申請 Medicaid 和 HCBS 豁免。要瞭解有關有限例外的更多資訊，您可以申請以下出版物："關於暫顧服務有限例外的資訊"和"關於有資格免受限制個人的受支援就業有限例外的資訊"。