

إشعار المسؤولية عن الخدمات المتاحة مسبقاً للعام ٢٠١٠

اسم الفرد الذي يتلقى الخدمات: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
الرسوم المفروضة على الخدمات: \$ \_\_\_\_\_ لكل \_\_\_\_\_

لقد تلقيت هذا الإشعار لأنك الفرد المذكور أعلاه الذي يتلقى إحدى الخدمات المدرجة أدناه (أو تساعد الفرد الذي يتلقاها)، ويتعين عليك تولي عملية الدفع مقابل الخدمات التي يتلقاها الفرد المذكور أعلاه بأموالك الخاصة، أو لأنك مسؤول عن الشؤون المالية الخاصة بالفرد المذكور أعلاه. إذا كنت أنت هو الشخص المذكور أعلاه، فنحن نقصدك عندما نستخدم مصطلحي "الفرد" أو "أنت" الواردين في هذا الإشعار.

نقدم للفرد المذكور الخدمات المحددة أدناه والتي يشرف عليها مكتب ولاية نيويورك للأشخاص ذوي إعاقات النمو.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> خدمات الرعاية المؤقتة         | <input type="checkbox"/> MSC (تنسيق خدمة برنامج المساعدة الطبية) |
| <input type="checkbox"/> خدمات التوظيف المدعومة        | <input type="checkbox"/> العلاج النهاري                          |
| <input type="checkbox"/> الخدمات المختلطة لبرنامج OPTS | <input type="checkbox"/> التأهيل المجتمعي                        |
| <input type="checkbox"/> الخدمات الشاملة لبرنامج OPTS  | <input type="checkbox"/> التأهيل السكني في المنزل                |
|  | <input type="checkbox"/> الخدمات المهنية التحضيرية               |

اعتباراً من ١٥ حزيران/يونيو ٢٠١٠، يجب أن يتسجل أي شخص يتلقى أيًا من هذه الخدمات في النوع المناسب ضمن برنامج المساعدة الطبية الذي يدفع مقابل هذه الخدمات أو يجب أن يدفع بشكل خاص. وتجدر الإشارة إلى أن الإعفاء من الرسوم أو التخفيضات متاحة في الظروف غير العادية.

#### تزويدنا بالمعلومات

بطلول ١٥ حزيران/يونيو ٢٠١٠، لا بدّ أن تزودنا بالمعلومات التي نطلبها. إذا كان برنامج المساعدة الطبية لا يغطي الخدمات بالفعل، فنحن بحاجة إلى معرفة ما إذا كان البرنامج سيتولى عملية الدفع أو أي شخص آخر. وحتى إذا وافقت على الدفع مقابل الخدمات، يمكننا أن نطلب معلومات كي نتمكن من معرفة الشخص الذي يتعين عليه الدفع مقابل الخدمات، وما إذا كان هذا الشخص قادر على تحمل تكلفتها وما إذا كان برنامج المساعدة الطبية سيدفع مقابلها.

في أي وقت بعد ١٥ حزيران/يونيو ٢٠١٠ وأثناء قيامنا بتقديم الخدمات، يجب أن نخبرنا بما يلي:

- أي إشعار صادر من المنطقة التي يعمل فيها برنامج المساعدة الطبية حول فقدانه. ويجب أن نخبرنا عن الإشعار في موعد أقصاه ٥ أيام بعد الحصول عليه أو المعرفة به.
- أي تغييرات في نوع التغطية التي يقدمها برنامج المساعدة الطبية.
- أي تغييرات طرأت على الدخل أو المدخرات أو الأصول الأخرى أو الوضع المعيشي أو حالة الهجرة أو أي تغيير آخر يؤثر على الأهلية الخاصة ببرنامج المساعدة الطبية.
- إذا كنت تعتقد أنك لم تعد مضطراً للدفع، أو إذا كنت تعتقد أنه يتوجب على شخص آخر الدفع، أو إذا لم تعد تستطيع أنت أو أي شخص آخر تولي عملية الدفع.

ينبغي حماية خصوصية المعلومات التي نحصل عليها. يُسمح فقط لأشخاص معينين يعملون معنا طلب هذه المعلومات والاطلاع عليها. كذلك، يمكننا مشاركة هذه المعلومات مع ولاية نيويورك وغيرها فقط من أجل تقديم طلب للحصول على مزايا مثل المساعدة الطبية والرعاية الطبية والضمان الاجتماعي والطوابع الغذائية.

## الدفع مقابل الخدمات

**إذا كان الفرد مسجلاً بالفعل في النوع الصحيح ضمن برنامج المساعدة الطبية، فيجب أن تعطينا رقم تعريف العميل الخاص به أو أي شيء آخر يثبت أنه مسجل في برنامج المساعدة الطبية على أن يحافظ عليه في المستقبل.**

**إذا لم يكن الفرد مسجلاً بالفعل في النوع الصحيح ضمن برنامج المساعدة الطبية:**

سيتم عليك التقديم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الطبية إذا لم يدفع لنا أحد مقابل الخدمات ولم نتنازل عن الرسوم. وإذا توجب عليك القيام بذلك، لا بدّ أن تهتم بكل الشؤون القانونية التي من شأنها أن تؤهل الفرد للحصول على النوع الصحيح من برنامج المساعدة الطبية والمحافظة عليه. يمكنك أيضاً تزويدنا بمعلومات لنقوم بتعبئة الطلب بأنفسنا أو لنساعدك في عملية التقديم.

أو

سيتم عليك الدفع مقابل الخدمات إذا لم يدفع لنا أي شخص آخر مقابلها ولم نتنازل عن الرسوم. إذا كنت مسؤولاً عن أموال الفرد، فما عليك سوى استخدام أموال الفرد، وليس أموالك الخاصة، لدفع ثمن الخدمات.

**إن النوع الصحيح ضمن برنامج المساعدة الطبية هو النوع الذي سيدفع مقابل الخدمات التي يتلقاها الفرد.**

ينبغي أن تقوم بكل الخطوات المطلوبة لتسجيل الفرد في برنامج التنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية، ما لم يتلقى الفرد أو يطلب أي خدمات خاصة ببرنامج التنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية. إن الخدمات التي ليست ضمن البرنامج المذكور هي العلاج النهاري وتنسيق خدمة برنامج المساعدة الطبية وخدمات مرافق الرعاية الوسيطة للأفراد ذوي إعاقات النمو.

إن الرسوم الكاملة التي سنقوم بتحصيلها مقابل الخدمات موجودة في مقدمة هذا الإشعار أو على ورقة مرفقة به. إذا خفضنا الرسوم، يجب أن تدفع قيمتها. حتى إذا قمنا بتقليل الرسوم أو التنازل عنها، فقد تضطر إلى دفع الرسوم كاملة إذا اتضح أنك قادر على دفعها. سنقدم لك إشعاراً كتابياً مدته ٣٠ يوماً إذا قمنا بتغيير أي رسوم مخفضة أو متنازل عنها. ستظل مسؤولاً عن الرسوم وسنقوم بإرسال الفواتير لك، حتى لو دفعت لنا الولاية مقابل الخدمات وحتى إذا كان القانون يتطلب منا خدمتك.

سوف نرسل لك الفواتير إذا كنت من سيدفع مقابل الخدمات. سنرسل لك فاتورة شهرية بحلول الثلاثين من الشهر التالي. على سبيل المثال، سوف نرسل لك فاتورة حزيران/يونيو بحلول ٣٠ تموز/يوليو. إذا لم تدفع الفواتير، فسنحاول تحصيل المدفوعات منك. لا يمكننا التدخل في الخدمات أو مضايقتك أو تهديدك أو تهديد أي شخص آخر بشأن فواتيرك. إذا لم تدفع الفواتير، يجب إحالة المطالبة بالدفع إلى ولاية نيويورك.

كذلك، لا يمكننا إيقاف تقديم الخدمات لأنك لست مسجلاً ضمن برنامج المساعدة الطبية وما من أحد يقوم بالدفع لنا. ومع ذلك، إذا كنا نحاول إيقاف الخدمات لسبب آخر، فيجب أن يكون لديك النوع الصحيح من تغطية المساعدة الطبية أو أن تدفع مقابل الخدمات أثناء تنفيذ إجراءات إيقاف تقديمها.

## الاستثناء المحدود

إذا كنت تتلقى خدمات التوظيف المدعومة أو خدمات الرعاية المؤقتة فقط، فقد تكون مؤهلاً للحصول على استثناء محدود مما يعني أنه يمكنك الاستمرار في تلقي خدمات التوظيف المدعومة أو الرعاية المؤقتة (ولكن ليس كلاهما) من دون التقديم بطلب

للحصول على برنامج المساعدة الطبية والتنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية أو دفع فواتير مقابل الخدمة. لمعرفة المزيد حول الاستثناء المحدود، ومعرفة ما إذا كان بإمكانك أن تصبح مؤهلاً، اطلب المنشور "معلومات حول الاستثناء المحدود".