

إشعار استثناء محدود للأفراد المتقدمين للحصول على خدمات أخرى  
(يتم إصدارها من قبل مزود خدمات التوظيف المدعومة أو خدمات الرعاية المؤقتة)

التاريخ: \_\_\_\_\_

اسم المزود وعنوانه:

اسم الفرد وعنوانه:

الرسوم لخدمات التوظيف المدعومة أو خدمات الرعاية المؤقتة الحالية: \$ \_\_\_\_\_ لكل \_\_\_\_\_

لقد تلقيت هذا الإشعار لأن إحدى التصاريح التالية صحيحة: (١) أنت هو الشخص المذكور أعلاه وتطلب الخدمات لنفسك، (٢) أنت مسؤول عن الدفع مقابل الخدمات المقدمة للفرد المذكور أعلاه، أو (٣) أنت مسؤول عن إدارة الشؤون المالية الخاصة بالفرد المذكور أعلاه.

تم إبلاغنا بأنه تم طلب الحصول على الخدمات الإضافية التي يشرف عليها مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو (OPWDD) للفرد المذكور أعلاه. يملك الفرد الآن استثناء محدود لمسؤولية مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو (OPWDD) في ما يخص قواعد الخدمات. سينتهي هذا الاستثناء المحدود في التاريخ الذي يبدأ فيه الفرد في تلقي أي من الخدمات التالية:

- التأهيل السكني في بديل سكني فردي (IRA) أو سكن مجتمعي، أو بيت رعاية أسرية
- خدمات مرافق الرعاية الوسيطة للأفراد ذوي الإعاقات الذهنية (ICF/IID)
- التأهيل النهاري
- الرعاية النهارية
- إدارة الرعاية
- التأهيل المجتمعي
- الخدمات المهنية التحضيرية
- خدمات الرعاية المؤقتة
- خدمات التوظيف المدعومة (SEMP)

ينبغي تحديد الجهة المسؤولة عن دفع كلفة الخدمات قبل البدء بها. وقد تكون برنامج المساعدة الطبية أو جهة دفع أخرى، كالفرد أو الوصي القانوني للفرد. لا بدّ من تزويدنا بالمعلومات التي نحتاجها بغية اتخاذ هذا القرار. كذلك، يجب أن نتخذ هذا القرار حتى لو عرضتّ الدفع مقابل الخدمات. إذا لم يكن برنامج المساعدة الطبية مسؤولاً عن تسديد كلفة الخدمات، سنحدد ما إذا كان هناك جهة دفع أخرى مسؤولة عن دفع هذه الكلفة وما إذا كانت تستطيع تحملها.

يمكننا إرسال فواتير خدمات التوظيف المدعومة أو خدمات الرعاية المؤقتة إليك في حال انتهى الاستثناء المحدود وقد نرفض تقديم هذه الخدمات أو نوقفها إذا لم يتم استلام الدفع. وسيتم على الفرد، أو أي طرف مسؤول آخر، أن يدفع مقابل الخدمات. بخلاف ذلك، سيحتاج الفرد إلى تغطية من برنامج المساعدة الطبية الذي سيدفع مقابل هذه الخدمات والتسجيل في برنامج التنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS). تتوفر تخفيضات أو إعفاءات من الرسوم في الظروف غير العادية.

**إذا كان الفرد يتمتع بالفعل بتغطية من برنامج المساعدة الطبية، فلا بد أن يزودنا بإثبات التغطية بما في ذلك رقم تعريف العميل الخاص بالفرد. كذلك، يجب أن يحافظ الفرد على هذه التغطية في المستقبل. ويجب أن يبلغنا في حال فقدها.**

**إذا لم يكن يتمتع الفرد بالفعل بتغطية من برنامج المساعدة الطبية:**

**يجب أن تدفع مقابل الخدمات في حال عدم وجود أي جهة دفع أخرى. إذا كنت مسؤولاً عن أموال الفرد، فلا بد من استخدام أموال الفرد فقط من أجل دفع ثمن الخدمات.**

أو

**ينبغي أن تتقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الطبية في حال عدم وجود أي جهة دفع أخرى يمكنها الدفع مقابل الخدمات. عند التقدم للحصول على هذه المساعدة، يجب اتخاذ جميع الخطوات القانونية من أجل التأهل للحصول على تغطية برنامج المساعدة الطبية والحفاظ عليها. يمكننا المساعدة في عملية التقديم للحصول على برنامج المساعدة الطبية أو التقديم نيابة عنك عبر المعلومات التي تزودنا بها.**

**أثناء استمرار تقديم الخدمات، يجب أن تبلغنا بما يلي:**

- أنك قد تلقيت أي إشعار من منطقة برنامج المساعدة الطبية حول فقدان تغطية البرنامج للفرد في غضون خمسة أيام من تاريخ استلامه.

- أنه حدثت بعض التغييرات في تغطية برنامج المساعدة الطبية للفرد.

- أنه حدثت تغييرات قد تؤثر على تغطية برنامج المساعدة الطبية للفرد بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر تغييرات في الدخل أو المدخرات أو الموارد الأخرى أو الوضع المعيشي أو وضع الهجرة.

- أنك لم تعد قادراً على تحمل كلفة الخدمات، أو تعتقد أنك لم تعد مسؤولاً عن كلفة الخدمات، أو تعتقد أن جهة دفع أخرى هي المسؤولة عن كلفة الخدمات.

**يجب أن نقوم بحماية سرية معلوماتك. لذلك، سنوفر الوصول إلى معلوماتك فقط لأولئك الذين يحتاجونها من أجل أداء عملهم. وهذا يشمل موظفي ولاية نيويورك وموظفي الوكالات الأخرى حسب الضرورة من أجل التقدم للحصول على استحقاقات كبرنامج المساعدة الطبية ودخل الضمان التكميلي والرعاية الطبية والضمان الاجتماعي وبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).**

**تظهر الرسوم الكاملة للخدمات المطلوبة في مقدمة هذا الإشعار أو على ورقة مرفقة به. إذا قمنا بتخفيض الرسوم، يجب أن تدفع الرسوم المخفضة. إذا خفضنا الرسوم وقررنا لاحقاً أنك قادر على دفع الرسوم كاملة، فسوف يتعين عليك دفعها بالكامل. سنزودك بإخطار كتابي مدته ٣٠ يوماً إذا تغير تخفيض الرسوم. سنظل**

مسؤولاً عن الدفع مقابل خدماتك كما يمكن للولاية أن تحصل المدفوعات منك مقابل الخدمات التي سبق وتم تقديمها إذا:

- لم تدفع مقابل الخدمات التي تتحمل مسؤوليتها ودفعت الولاية كلفتها،
- يتطلب القانون منا تقديم الخدمات بغض النظر عن عدم الدفع، أو
- كانت الإجراءات القانونية لإيقاف الخدمات معلقة.

ستظل مسؤولاً عن دفع الرسوم وستقوم بإرسال الفواتير لك مقابل الخدمات المقدمة في ظل هذه الظروف.

**سنرسل لك الفواتير** إذا كنت تدفع مقابل الخدمات. سوف نرسل لك فاتورة شهرية بحلول الثلاثين من الشهر التالي للخدمة. 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 بعد الحصول على موافقة مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو (OPWDD).

**قد يتم إيقاف خدمات التوظيف المدعومة أو خدمات الرعاية المؤقتة** إذا لم تكن مسجلاً في برنامج المساعدة الطبية ولم يدفع أحد مقابل الخدمات. إذا تلقيت خدمات التوظيف المدعومة أو خدمات الرعاية المؤقتة من دون انقطاع منذ ١٥ آذار/مارس ٢٠١٠، فلا يمكننا إيقافها بسبب عدم الدفع. يمكننا إيقاف هذه الخدمات لأسباب غير مالية. لا بدّ من اتباع القواعد العادية من أجل إيقاف الخدمات. لا يمكن رفض الخدمات أو وقفها إذا كان القانون يمنع ذلك.