

Nazwa i adres podmiotu świadczącego usługi

POWIADOMIENIE O OBOWIĄZKACH DOTYCZĄCYCH ŚWIADCZONYCH USŁUG

Osoba otrzymująca usługi: _____ **Data** _____

Niniejsze powiadomienie dotyczy wyłącznie osób korzystających z dziennej opieki habilitacyjnej lub indywidualnego alternatywnego rozwiązania mieszkaniowego lub mieszkających w rodzinnym domu opieki, domu opieki całodobowej lub ośrodka pośrednim dla osób z zaburzeniami rozwoju. Od 15 kwietnia 2009 r. każda osoba otrzymująca ww. usługi musi korzystać z takiej opcji programu Medicaid, w ramach której pokrywane są koszty usług, lub musi opłacać je we własnym zakresie.

Przekazujemy Państwu niniejsze powiadomienie, ponieważ a) są Państwo wymienioną powyżej osobą otrzymującą od nas usługi, lub b) osobą, która zobowiązana jest pokrywać koszty usług z własnych środków, lub c) są Państwo odpowiedzialni za środki finansowe osoby korzystającej z usług. Jeżeli są Państwo odpowiedzialni za środki finansowe osoby korzystającej z usług, zobowiązani są Państwo do opłacania usług korzystając tylko ze środków tej osoby, nie zaś z własnych.

Do 15 kwietnia 2009:

Mają Państwo obowiązek podać nam informacje, o które prosimy. Jeżeli Medicaid nie pokrywa kosztów usług, musimy sprawdzić, czy zostaną one opłacone przez Medicaid lub inną osobę/inny podmiot. Nawet jeśli zgodzą się Państwo pokryć koszt usług, możemy poprosić o informacje w celu ustalenia, do kogo należy obowiązek opłacania ich oraz czy osoba mająca je opłacać ma odpowiednie możliwości finansowe, a także czy opłaci je Medicaid.

W dowolnym czasie po 15 kwietnia 2009 r., w czasie świadczenia usług:

Jeżeli są Państwo osobą otrzymującą usługi, zobowiązani są Państwo do podania nam następujących informacji o sobie. Jeżeli są Państwo osobą, która musi pokryć koszt usług, zobowiązani są Państwo do przekazywania nam informacji o następujących zdarzeniach dotyczących osoby otrzymującej usługi:

- Każde zawiadomienie z okręgu objętego programem Medicaid o utracie świadczeń w ramach programu. Mają Państwo obowiązek poinformować nas o zawiadomieniu nie później niż 5 dni po otrzymaniu go lub uzyskaniu informacji o nim.
- Wszelkie zmiany dotyczące rodzaju świadczeń w ramach Medicaid.
- Wszelkie zmiany dotyczące dochodu, stanu oszczędności lub innych posiadanych środków, sytuacji życiowej, statusie imigracyjnym lub inne zmiany mające wpływ na uprawnienia do uczestnictwa w programie Medicaid.

Niezależnie od tego, czy są Państwo odbiorcą usług, czy inną osobą, to jeżeli opłacają Państwo usługi, zobowiązani są Państwo do poinformowania nas, jeżeli Państwa zdaniem a) nie dotyczy już Państwa wymóg pokrywania kosztu usług, lub b) że ktoś inny powinien pokrywać ich koszt, lub c) jeżeli Państwo (lub ktoś inny) utracili możliwości finansowe pozwalające na opłacanie usług.

Prywatność informacji

Jesteśmy zobowiązani do ochrony prywatności informacji, które otrzymujemy. Tylko niektórzy z naszych pracowników mogą wnioskować o te informacje i uzyskać do nich dostęp. Informacje te możemy przekazać tylko stanowi Nowy Jork i innym podmiotom w związku z ubieganiem się o świadczenia w ramach programów takich jak Medicaid, Medicare i Ubezpieczenie Społeczne (Social Security) oraz kupony żywieniowe (food stamps).

Płatności za usługi

Jeśli są Państwo osobą korzystającą z usług:

- Będą Państwo zobowiązani do opłacania usług we własnym zakresie tylko jeśli nie mają Państwo prawa do odpowiedniego świadczenia w ramach Medicaid i nie zostanie uchylona Państwa opłata.
- O prawo do świadczeń w ramach Medicaid należy starać się tylko wtedy, gdy nikt nie opłaca usług prywatnie, a my nie uchyliliśmy opłaty.
- Jeżeli przysługuje już Państwu odpowiedni rodzaj świadczeń w ramach programu Medicaid, konieczne jest podanie nam numeru identyfikacji klienta (Medicaid Client Identification Number) lub okazanie innego dokumentu potwierdzającego uczestnictwo w Medicaid. Poza tym muszą Państwo zachować prawo do świadczeń w ramach Medicaid w przyszłości.
- Jeżeli chcą Państwo, aby płatności realizowane były przez Medicaid, ale nie mają Państwo prawa do odpowiednich świadczeń w ramach programu, muszą Państwo podjąć wszelkie działania, aby uzyskać i utrzymać prawo do takich świadczeń, lub podać nam potrzebne informacje, a następnie pozwolić nam pomóc Państwu w złożeniu wniosku o uczestnictwo w programie Medicaid lub zrobić to w Państwa imieniu.
- Jeżeli nie mieszkają Państwo w ośrodku przejściowym dla osób z zaburzeniami rozwoju, muszą Państwo podjąć wszelkie działania, aby zostać uczestnikiem Programu Opieki Domowej i Społecznościowej (Home and Community Based Services Waiver).

Jeśli ktoś inny musi pokryć koszty usług:

- Płatność ze środków prywatnych jest konieczna tylko wtedy, gdy dana osoba nie posiada prawa do odpowiednich świadczeń w ramach programu Medicaid, a my nie uchylamy opłaty.
- O prawo do świadczeń w ramach Medicaid dla danej osoby należy wystąpić tylko wtedy, gdy nikt nie opłaca usług ze swoich prywatnych środków, a my nie uchylamy opłaty.
- Jeżeli dana osoba posiada już prawo do odpowiedniego rodzaju świadczeń w ramach Medicaid, muszą Państwo podać nam numer identyfikacyjny klienta tej osoby (Medicaid Client Identification Number) lub okazać nam inny dokument potwierdzający posiadanie przez nią prawa do świadczeń w ramach programu, a także muszą Państwo zadbać o zachowanie prawa tej osoby do świadczeń w ramach Medicaid w przyszłości.
- Jeżeli chcą Państwo, aby płatności realizowane były przez Medicaid, ale osoba, której dotyczy sprawa nie ma prawa do odpowiednich świadczeń w ramach programu, muszą Państwo podjąć wszelkie działania, aby uzyskać i utrzymać prawo tej osoby do takich świadczeń, lub podać nam potrzebne informacje, a następnie pozwolić nam pomóc w złożeniu wniosku o uczestnictwo w programie Medicaid lub zrobić to w imieniu tej osoby.
- Jeżeli osoba, której dotyczy sprawa nie mieszka w ośrodku przejściowym dla osób z zaburzeniami rozwoju, muszą Państwo podjąć wszelkie działania, aby osoba ta została uczestnikiem Programu Opieki Domowej i Społecznościowej (Home and Community Based Services Waiver).

Właściwy rodzaj świadczeń Medicaid to taki, który pozwoli na opłacenie naszych usług w ramach programu. Podjęcie wszelkich działań w celu otrzymania i utrzymania świadczeń w ramach Medicaid oznacza wykonanie wszystkich zgodnych z prawem czynności mających na celu kwalifikację danej osoby do programu Medicaid. Może to oznaczać utworzenie specjalnego rodzaju funduszu powierniczego lub zredukowanie posiadanych dochodów lub środków finansowych.

Pełna opłata wynosi _____ . Jeżeli obniżymy opłatę, Państwa obowiązkiem będzie uiszczenie jej obniżonej kwoty. Nawet jeśli zmniejszymy wysokość opłaty lub uchylimy ją, może być konieczne opłacenie pełnej kwoty, jeśli okaże się, że mają Państwo takie możliwości finansowe, żeby ją uiścić.

W dalszym ciągu będą Państwo ponosić opłaty, a my będziemy wystawiać rachunki, nawet jeśli Stan Nowy Jork zapłaci nam za usługi i nawet jeśli przepisy prawa będą wymagać od nas świadczenia usług. Nie możemy wstrzymać świadczenia usług w związku z Państwa nieopłacaniem ich. Jeżeli jednak spróbujemy wstrzymać świadczenie usług z innego powodu, będą Państwo zobowiązani do opłacania usług w czasie trwania postępowania w sprawie wstrzymania ich świadczenia.

Rachunki

W przypadku kiedy opłacają Państwo usługi, rachunek za dany miesiąc wysyłamy do 30. dnia następnego miesiąca. Dla przykładu, rachunek za kwiecień prześlemy Państwu do 30 maja. W przypadku nieopłacenia wystawionych rachunków, będziemy próbowali egzekwować od Państwa opłacenie należności. Nie możemy jednak zakłócać świadczenia usług ani też nękać, narażać na dyskomfort lub poddawać Państwa (lub innych osób) presji w związku z Państwa obowiązkami płatniczymi wynikającymi z rachunków. Jeżeli uporczywie nie będą Państwo opłacać rachunków, możemy scedować nasze roszczenie o zapłatę na stan Nowy Jork. Mamy obowiązek informować Państwa o wszelkich zmianach dotyczących obniżonych lub uchylonych opłat na piśmie z 30-dniowym wyprzedzeniem.