

공급자 이름 및 주소

서비스를 신청하는 개인에 대한 책임 고지

요청 서비스: _____ 날짜: _____
(서비스 받는 사람의 이름)

요청된 서비스 요금: \$ _____ / _____

다음 진술 중 하나가 사실이기 때문에 이 고지를 받으셨습니다. (1) 귀하에 위에 이름이 명기된 개인으로 직접 서비스를 신청하고 있거나, (2) 귀하에 위에 이름이 명기된 개인을 위한 서비스 비용을 지불할 책임이 있거나, (3) 귀하에 위에 이름이 명기된 개인의 재정을 관리할 책임이 있습니다.

아래 나열된 서비스는 뉴욕주 발달장애국(OPWDD)에서 감독합니다. 아래에 체크된 서비스는 위에 이름이 명기된 개인이 직접 또는 그의 대리인이 요청한 것입니다.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 맞춤형 거주 대안(Individualized Resident Alternative, IRA) 또는 지역사회 거주지 또는 패밀리 케어 홈에서의 주거 재활 훈련 | <input type="checkbox"/> 주간 치료(day treatment) |
| <input type="checkbox"/> 지적 장애인을 위한 중간 치료 시설 서비스 (ICF/IID) | <input type="checkbox"/> 케어 매니지먼트(care management) |
| <input type="checkbox"/> 주간 재활(day habilitation) | <input type="checkbox"/> 지역사회 재활(community habilitation) |
| | <input type="checkbox"/> 직업 전 서비스(prevocational services) |
| | <input type="checkbox"/> 임시간호(respite) |
| | <input type="checkbox"/> 지원 고용 서비스(SEMP) |

이러한 서비스를 받는 개인은 서비스 비용을 지불하거나, 서비스 비용을 지불할 메디케이드 보장이 있어야 합니다.

정보 제공하기

서비스를 개시하기 전, 서비스 비용을 지불할 책임이 있는 사람을 확인해야 합니다. 메디케이드일 수도 있고, 해당 개인이나 개인의 법적 보호자 등 다른 지불인이 될 수도 있습니다. 귀하는 이러한 결정을 내리는 데 필요한 정보를 제공해야 합니다. 귀하가 서비스 비용을 지불하겠다고 하더라도, 우리는 이를 반드시 확인해야 합니다. 메디케이드가 서비스 비용에 대한 책임이 없는 경우, 다른 지불인이 서비스 비용을 책임지는지, 다른 지불인이 지불을 감당할 수 있는지 여부를 확인합니다.

개인이 이미 메디케이드 보장을 받고 있는 경우, 귀하는 개인의 메디케이드 고객 식별 번호를 포함하는 보장 증명을 제공해야 합니다. 해당 개인은 향후 메디케이드 보장을 유지해야 합니다. 개인이 보장을 상실하는 경우, 우리에게 고지해야 합니다.

개인이 아직 메디케이드 보장을 가지고 있지 않은 경우:

다른 지불인이 없다면, **서비스 비용을 지불해야 합니다.** 귀하가 해당 개인의 돈을 책임지고 있다면, 서비스 비용 지불을 위해 해당 개인의 돈을 사용하기만 하면 됩니다.

또는

다른 지불인이 서비스 비용을 지불할 수 없다면, **메디케이드를 반드시 신청해야 합니다.** 메디케이드를 신청할 때, 메디케이드 보장 자격 획득 및 유지를 위한 모든 법적 조치를 취해야 합니다. 우리는 메디케이드 신청 절차를 지원하거나, 귀하가 제공한 정보로 귀하를 대신하여 신청할 수 있습니다.

서비스가 진행되는 동안, 귀하는 다음 사항을 우리에게 고지해야 합니다.

- 개인의 메디케이드 보장 상실에 대해 메디케이드 지구로부터 통지를 받았음. 통지를 받은 날로부터 5일 이내에 해당 통지 사실을 우리에게 알려야 합니다.
- 개인의 메디케이드 보장에서 변동이 발생했음.
- 소득, 저축 또는 기타 자원, 생활 현황 또는 이민 신분의 변경을 포함하되 이에 국한되지 않는 개인의 메디케이드 보장에 영향을 미칠 수 있는 변동이 발생했음.
- 더 이상 서비스 비용을 지불할 여유가 없거나, 서비스 비용을 더 이상 지불할 책임이 없다고 생각하거나, 다른 지불인이 서비스 비용을 지불해야 한다고 생각함.

우리는 귀하의 정보의 기밀성을 보호해야 합니다. 업무 수행을 위해 정보가 필요한 사람에게만 귀하의 정보에 대한 접근 권한을 제공합니다. 여기에는 메디케이드, 보충적 소득 보장 (Supplemental Security Income), 메디케어, 사회보장(Social Security) 및 영양보충지원 프로그램 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)과 같은 혜택 신청에 필요한 뉴욕주 및 기타 기관의 직원이 포함됩니다.

개인이 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 서비스를 요청하는 경우, HCBS 면제에 해당 개인을 등록하는 데 필요한 단계를 수행해야 합니다. HCBS 면제 서비스가 아닌 서비스는 ICF/IID, 주간 치료 및/또는 케어 매니지먼트입니다. HCBS 면제에 등록되지 않은 경우, 메디케이드는 HCBS 면제 서비스 비용을 지불하지 않습니다.

요청된 서비스에 대한 **전체 요금**은 이 고지의 전면 또는 이 고지에 첨부된 용지에 표시되어 있습니다. 수수료를 인하하는 경우, 인하된 수수료를 지불해야 합니다. 수수료를 인하하고 나중에 귀하가 전체 수수료를 지불할 수 있다고 판단하면, 귀하는 전체 수수료를 지불해야 합니다. 수수료 인하가 변경되면 30일 전에 서면으로 통지해 드립니다. 다음과 같은 상황이 발생하더라도 귀하는 여전히 서비스 비용을 지불할 책임이 있습니다: 귀하가 지불해야 할 서비스 요금을 지불하지 않았고 주에서 해당 서비스에 대해 지불한 경우, 법에 따라 귀하의 미지불에도 불구하고 서비스를 제공해야 하거나, 서비스 중지를 위한 법적 절차는 계류됩니다. 귀하는 여전히 요금을 지불해야 하며, 이러한 상황에서 제공된 서비스는 귀하에게 요금을 청구할 것입니다.

귀하가 서비스 비용을 지불하는 경우, **귀하에게 청구서를 보낼 것입니다.** 해당 서비스 다음 달 30일까지 월별 청구서를 보내 드립니다. 예를 들어, 5월 30일까지 4월 서비스에 대한 청구서를 보내 드립니다. 귀하가 청구 요금을 지불하지 않으면, 요금을 징수하고자 할 것입니다. 우리는 서비스를 방해하거나, 청구서를 이유로 귀하 또는 다른 사람을 귀찮게 하거나 위협할 수 없습니다. 귀하가 계속 청구 요금을 지불하지 않고 있고 OPWDD가 동의하는 경우, 지불 청구를 뉴욕주에 할당해야 합니다.

우리는 서비스를 거부하거나 중단할 수 있습니다. 다음 사항이 모두 사실인 경우, 귀하의 서비스 요청을 거부할 수 있습니다. 메디케이드가 서비스 비용을 지불하지 않고, 다른 지불인이 서비스 비용을 지불할 것이라는 합당한 보증이 없습니다. 서비스를 개시했다면, 지불인이 서비스 요금 지불을 중단한 상황에서 일부 경우에 해당 서비스를 중단할 수 있습니다. 미납으로 서비스를 중단하는 경우, 서비스 중단에 대한 일반적인 규칙을 따라야 합니다. 법률이 금하는 경우, 서비스를 거부하거나 중단할 수 없습니다.

제한적 예외

개인이 임시간호 서비스만 받거나, 2015년 7월 1일 이전에만 지원 고용 서비스를 받고 계속해서 지원 고용 서비스만 받는 경우, 개인은 지불 책임에 대한 제한적 예외에 해당할 자격이 있을 수 있습니다. 이는 해당 개인이 서비스 비용을 청구받지 않고 메디케이드 및 HCBS 면제 신청도 하지 않은 상태로, 임시간호 서비스 또는 지원 고용을 (둘 다는 아님) 계속 받을 수 있다는 의미입니다. 제한적 예외에 대해 자세히 알아보려면, 다음 출판물을 요청할 수 있습니다. "임시간호에 대한 제한적 예외 관련 정보(Information About the Limited Exception for Respite)" 및 "제외 적격자의 지원 고용에 대한 제한적 예외 관련 정보(Information About the Limited Exception for Supported Employment for Individuals Eligible to be Grandfathered)".