

Имя и адрес поставщика услуг

Дата:

## УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОГРАНИЧЕННЫХ ИСКЛЮЧЕНИЯХ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПРОЧИХ УСЛУГ

(Направляется поставщиком иных запрашиваемых услуг)

Лицо:

---

Вы получили данное уведомление, поскольку вы отвечаете одному из указанных критериев: (1) вы являетесь вышеуказанным лицом и запрашиваете услуги для себя; (2) вы отвечаете за оплату услуг для вышеуказанного лица; или (3) вы отвечаете за управление финансами вышеуказанного лица.

Данное уведомление касается лиц, которым предоставлено ограниченное исключение из правил по соблюдению ответственности в рамках услуг OPWDD. **Данное исключение прекращает действовать с даты, когда лицо начинает получать любую из следующих услуг:**

- абилитация в отдельных условиях проживания (IRA) или при проживании в жилом комплексе, либо в учреждении семейного типа
- услуги в отделении для пациентов с ограниченными интеллектуальными возможностями (ICF/IID), нуждающихся в уходе и рутинных медицинских услугах
- дневной стационар
- дневная абилитация
- контроль ухода
- социальная адаптация
- услуги обучения простейшим трудовым навыкам
- отдых
- трудоустройство людей с ограниченными возможностями (SEMP)

Если действие ограниченного исключения завершится, мы можем выставить вам счет за услуги, а также мы вправе отказать или прекратить оказание этих услуг, если оплата не будет получена. Лицо или другая ответственная сторона должны оплатить услуги трудоустройства людей с ограниченными возможностями или услуги предоставления отдыха. В противном случае человеку потребуется страховое покрытие Medicaid, которое предусматривает оплату трудоустройства людей с ограниченными возможностями или услуг предоставления отдыха, а также для участия в программе Услуг, оказываемых на дому и по месту жительства (HCBS). Вы навсегда потеряете право на получение ограниченного исключения, если ваши услуги по трудоустройству людей с ограниченными возможностями или услуги предоставления отдыха будет оплачивать программа Medicaid.

Мы направляем вам Уведомление об ответственности для лиц, подающих заявку на получение услуг, по форме OPWDD LIAB 05.