

**AVIS D'EXCEPTION LIMITÉ POUR LES PERSONNES QUI POST D'AUTRES SERVICES**

(A délivrer par le fournisseur d'emploi assisté ou de services de relève.)

Date: \_\_\_\_\_

**Nom et adresse du fournisseur:**

---

**Nom et adresse de l'individu:**

---

**Frais pour les services actuels d'emploi assisté ou de répit: \$ \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_**

Vous avez reçu cet avis parce que l'une des affirmations suivantes est vraie: (1) vous êtes la personne mentionnée ci-dessus et vous demandez des services pour vous-même. (2) vous êtes la personne mentionnée ci-dessus et vous demandez des services pour vous-même vous êtes responsable du paiement des services pour la personne mentionnée ci-dessus, ou (3) vous êtes responsable de la gestion des finances de la personne mentionnée ci-dessus.

Nous avons été informés que des services supplémentaires ont été demandés pour la personne susmentionnée, services qui sont supervisés par le Bureau des personnes ayant des troubles du développement de l'État de New York (OPWDD). L'individu bénéficie désormais d'une exception limitée aux règles de responsabilité des services de l'OPWDD. **Cette exception limitée prendra fin à la date à laquelle la personne commencera à recevoir l'un des services suivants :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habilitation résidentielle dans une alternative résidentielle individualisée (IRA) ou une résidence communautaire, ou un foyer de soin familial. | <input type="checkbox"/> L'habilitation de jour           |
| <input type="checkbox"/> Services en établissement de soins intermédiaires pour les personnes souffrant de déficiences intellectuelles (ICF/IID).                         | <input type="checkbox"/> Traitement de jour               |
|   | <input type="checkbox"/> Gestion des soins                |
|   | <input type="checkbox"/> Habilitation communautaire       |
|   | <input type="checkbox"/> Services préprofessionnels       |
|   | <input type="checkbox"/> Répit                            |
|   | <input type="checkbox"/> Services d'emploi assisté (SEMP) |

***Before additional services begin***, nous devons déterminer qui est responsable du paiement du coût des services. Il peut s'agir de Medicaid ou d'un autre payeur, tel que l'individu ou son responsable légal. Vous êtes tenu de nous fournir les informations dont nous avons besoin pour prendre cette décision. Nous devons prendre cette décision même si vous proposez de payer les services. Si Medicaid n'est pas responsable du coût des services, nous déterminerons si un autre payeur est responsable du coût des services et si cet autre payeur peut assumer le paiement.

**Si l'exception limitée prend fin, nous pouvons vous facturer les services d'emploi assisté ou de répit et nous pouvons refuser ou arrêter les services d'emploi assisté ou de répit si le paiement n'est pas reçu. L'individu, ou une autre partie responsable, devra payer les services. Sinon, l'individu aura besoin d'une couverture Medicaid qui paie les services d'emploi assisté ou de répit et d'être inscrit dans la renonciation aux services à domicile et à la communauté (HCBS). Des réductions ou des dispenses de frais sont disponibles dans des circonstances inhabituelles.**

*Si l'individu bénéficie déjà d'une couverture Medicaid, vous devez nous fournir la preuve de cette couverture, y compris le numéro d'identification du client Medicaid de l'individu. L'individu doit maintenir sa couverture Medicaid à l'avenir. Si l'individu perd sa couverture, vous devez nous en informer.*

*Si l'individu n'a pas déjà une couverture Medicaid:*

*Vous devez payer pour les services si aucun autre payeur n'existe. Si vous êtes responsable de l'argent de l'individu, vous êtes seulement tenu d'utiliser l'argent de l'individu pour payer les services.*

**OU**

*Vous devez faire une demande de Medicaid si aucun autre payeur ne peut payer les services. Lorsque vous faites une demande de Medicaid, vous devez prendre toutes les mesures légales pour vous qualifier et maintenir la couverture Medicaid. Nous pouvons vous aider dans le processus de demande de Medicaid ou faire la demande en votre nom avec les informations que vous nous fournissez.*

*Pendant que les services sont en cours, vous devez nous informer de ce qui suit:*

- Que vous avez reçu un avis du district Medicaid concernant la perte de la couverture Medicaid de l'individu. Vous devez nous informer de cette notification dans un délai de cinq jours à compter de la date à laquelle vous l'avez reçue.
- Des changements sont intervenus dans la couverture Medicaid de l'individu.
- Que des changements sont intervenus qui peuvent affecter la couverture Medicaid de l'individu, y compris, mais sans s'y limiter, des changements de revenus, d'épargne ou d'autres ressources, de situation de vie ou de statut d'immigration.
- Que vous ne pouvez plus vous permettre de payer le coût des services, que vous pensez ne plus être responsable du coût des services ou que vous pensez qu'un autre payeur est responsable du coût des services.

**Nous devons protéger la confidentialité de vos informations.** Nous ne donnerons accès à vos informations qu'aux personnes qui en ont besoin pour effectuer leur travail. Cela inclut les employés de l'État de New York et les employés d'autres agences si cela est nécessaire pour demander des prestations telles que Medicaid, le Supplément de revenu de sécurité, Medicare, la sécurité sociale et le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP).

**Le montant total des** frais pour les services demandés figure au verso de cet avis ou sur une feuille jointe à cet avis. Si nous réduisons les frais, vous devrez payer les frais réduits. Si nous réduisons les frais et que nous déterminons ultérieurement que vous êtes en mesure de payer la totalité des frais, vous devrez payer la totalité des frais. Nous vous fournirons un préavis écrit de 30 jours si la réduction des frais change. Vous serez toujours tenu de payer vos services et l'État pourra toujours vous demander le paiement des services déjà rendus si:

- Vous n'avez pas payé les services dont vous êtes redevable et l'État a payé ces services
  - la loi nous oblige à fournir des services malgré votre non-paiement ; ou
- une procédure judiciaire visant à interrompre les services est en cours.

Vous serez toujours redevable des frais et nous vous facturerons toujours les services rendus dans ces circonstances.

**Nous vous enverrons des factures** si vous payez les services. Nous vous enverrons une facture mensuelle au plus tard le 30 du mois suivant le service. Si vous ne payez pas les factures, nous tenterons de les recouvrer auprès de vous. Nous ne pouvons pas interférer avec les services ni vous harceler ou vous menacer, vous ou toute autre personne, au sujet de vos factures. Si vous ne payez toujours pas les factures, et que l'OPWDD est d'accord, nous devons céder notre demande de paiement à l'État de New York.

**Vos services d'emploi assisté ou de répit peuvent être** interrompus si vous n'avez pas Medicaid et si personne ne paie pour ces services. Si vous avez reçu les services d'emploi assisté ou de répit sans interruption depuis le 15 mars 2010, nous ne pouvons pas les arrêter pour non-paiement. Nous pouvons arrêter ces services **pour des raisons non-financières**. Nous sommes tenus de suivre les règles normales d'interruption des services. Les services ne peuvent pas être refusés ou interrompus si la loi l'interdit.