

공급자 이름 및 주소

날짜: _____

다른 서비스를 신청하는 개인에 대한 제한적 예외 고지
(기타 요청 서비스 공급자가 발급)

개인: _____

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) 위에 이름이 명기된 개인의 재정을 관리할 책임이 있습니다.

본 고지는 이제 서비스 규정에 대한 OPWDD 책임에 제한적 예외를 갖는 개인에게 적용됩니다. 해당 예외는 해당 개인이 아래 서비스 중 하나라도 받기 시작하는 날짜에 종료됩니다:

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

제한적 예외가 종료되는 경우, 해당 서비스에 대해 귀하에게 청구할 수 있으며, 지불 받지 못한 경우에는 해당 서비스를 거부하거나 중단할 수 있습니다. 해당 개인 또는 다른 책임 당사자가 지원 고용 또는 임시 간호 서비스 비용을 지불해야 합니다. 또는 지원 고용이나 임시 간호 서비스 비용을 지불하는 메디케이드 보장과 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 등록이 필요합니다. 메디케이드가 지원 고용 또는 임시 간호 서비스에 대한 비용을 지불하기 시작하는 경우, 귀하의 제한적 예외를 영구 상실하게 됩니다.

귀하에게 서비스를 신청하는 개인에 대한 책임 고지, 양식 OPWDD LIAB 05를 제공해 드립니다.