

RICHIEDENTE Scrivere in modo leggibile in stampatello in ogni campo ad eccezione delle aree con ombreggiatura scura.

Nome, Iniz. 2° nome, Cognome			Tel. abitazione		
Indirizzo abitazione	App. N.	Città	Stato	CAP	Contea
È un centro di accoglienza? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
Indirizzo postale/Casella postale (se diverso da quello sopra indicato)	App. N.	Città	Stato	CAP	Contea

NOMI
Inserisca prima il suo nome. Indichi anche eventuali pseudonimi e i cognomi da nubile. Se necessario, aggiunga un altro foglio per elencare tutti i figli.

Nome, Iniz. 2° nome, Cognome	Data di nascita (MM/GG/AA)	Sesso	Codice SSN	Gruppo etnico (Vedere i codici in basso)
Me medesimo/a				
Coniuge				
Figlio/figlia*				
Figlio/figlia*				

*Se minore di 18 anni di età.

Codici di appartenenza etnica: **B:** Nera, non di origine ispanica **W:** Bianca, non di origine ispanica **H:** Ispanica **A:** Asiatica o nativa di isole del Pacifico **I:** Nativa americana o nativa dell'Alaska **U:** Non nota **O:** Altra

INFORMAZIONI SULLA CITTADINANZA

Ha la cittadinanza statunitense? Sì No
Se No, il suo status di immigrazione è idoneo? Sì No *Includa il numero di registrazione all'ufficio immigrazione, la data di riconoscimento dello status e la data di ingresso nel paese, se applicabili.*

N. reg. ufficio immigr.	Data di status (DOS)	Data di ingresso nel paese (DEC)
-------------------------	----------------------	----------------------------------

Suo marito/sua moglie ha la cittadinanza statunitense? Sì No
Se No, lo status di immigrazione di suo marito/sua moglie è idoneo? Sì No *Includa il numero di registrazione all'ufficio immigrazione, la data di riconoscimento dello status e la data di ingresso nel paese, se applicabili.*

N. reg. ufficio immigr.	Data di status (DOS)	Data di ingresso nel paese (DEC)
-------------------------	----------------------	----------------------------------

INFORMAZIONI SU MEDICARE

Numero Medicare richiedente (dalla tessera rossa e blu Medicare)			
Dispone di Medicare Parte A? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Decorrenza	Dispone di Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Decorrenza
Numero Medicare coniuge (dalla tessera rossa e blu Medicare)			
Suo marito/sua moglie dispone di Medicare Parte A? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Decorrenza	Suo marito/sua moglie dispone di Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Decorrenza

Desidera che prendiamo in considerazione il rimborso retroattivo del suo premio Medicare? Sì No
Lei o suo marito/sua moglie versa premi per un'assicurazione sanitaria diversa da Medicare? Sì No

Chi?	Importo mensile \$
------	-----------------------

Lei o suo marito/sua moglie versa assegni di mantenimento per i figli/per il coniuge? Sì No

Chi?	Importo mensile \$
------	-----------------------

Lei o suo marito/sua moglie riceve versamenti da o è beneficiario/a di un fondo fiduciario? Sì No

Chi?	Valore \$
------	--------------

REDDITO

Elenchi di seguito ogni reddito disponibile, ad es.: stipendio, emolumenti, pensione, previdenza sociale, indennità di liquidazione, reddito da locazione o d'impresa, etc. Se necessario, aggiunga un altro foglio per elencare tutte le fonti di reddito.

Nome del richiedente, coniuge o figlio/figlia minore di 18 anni	Chi fornisce il denaro? (Nome/Fonte di reddito)	Quale importo?	Con quale frequenza? (Settimanale, bisettimanale, mensile, altro)

Desidera ricevere le comunicazioni in: Solo inglese Italiano e inglese

CONSENSO

Sono consapevole che apponendo la mia firma a questo modulo di richiesta/certificazione accetto qualsiasi indagine condotta dal Dipartimento per i servizi sociali (Department of Social Services) per la verifica o la conferma delle informazioni che ho fornito o qualsiasi altra indagine svolta in connessione alla mia richiesta per la copertura Medicaid. Se saranno richieste, fornirò ulteriori informazioni.

FIRME

Firma richiedente/rappresentante	Data
Firma coniuge	Data
Indirizzo del rappresentante	
Città	Stato CAP
Numero di telefono	Relazione

ISTRUZIONI

COMPILARE IL MODULO DI RICHIESTA

Si assicuri di rispondere a tutte le domande. Se è sposato/a e vive con suo marito/sua moglie, dovrà compilare entrambi i campi "Me medesimo/a" e "Coniuge" del modulo (anche se suo marito/sua moglie non presenta una richiesta per il Programma di risparmio Medicare (MSP, Medicare Savings Program)).

APPORRE LA FIRMA E LA DATA IN CALCE AL MODULO

Se la richiesta è presentata da entrambi i coniugi, il modulo MSP andrà firmato da entrambi.

INCLUDERE I SEGUENTI DOCUMENTI DI VERIFICA

Consulti questo elenco e fornisca i documenti necessari per consentire al programma Medicaid di accertare la sua idoneità al programma MSP. Se richiede il rimborso retroattivo dei suoi premi Medicare, dovrà fornire un documento comprovante il suo reddito nei tre mesi precedenti. Se tra i richiedenti vi è anche il/la coniuge, anche il/la coniuge dovrà fornire la documentazione.

- Fotocopia fronte/retro della tessera **Medicare**.
- **Certificazione del reddito:** Buste paga, lettera del datore di lavoro, dichiarazione dei redditi, lettera di assegnazione di sussidi da rendite, ad esempio sussidi della previdenza sociale, di disoccupazione o per veterani, oppure lettera del locatore, dell'inquilino o del locatario.
- **Premi versati ad assicurazioni sanitarie diverse da Medicare:** Lettera del datore di lavoro, estratto conto dei premi o busta paga.
- **Attestazione della data di nascita:** Patente di guida statale, certificato di nascita statunitense, permesso di soggiorno permanente ("green card") o carta d'identità per i sussidi dello Stato di New York (NYS Benefit Identification Card).
- **Certificazione della residenza:** Ricevuta/lettera di affitto/locazione recante l'indirizzo di residenza del locatore, patente di guida (se emessa negli ultimi 6 mesi), bolletta di un'utenza (gas, elettricità, telefono, TV via cavo, combustibile per riscaldamento o acqua), carta d'identità governativa con indirizzo, dichiarazione di versamento delle imposte di proprietà o di ipoteca oppure lettera o cartolina postale con timbro postale recante l'indirizzo (non può essere usata se recapitata a una P.O. Box).
- Se non ha la cittadinanza statunitense, dovrà fornire documenti che indicano il suo status attuale di immigrazione.

Spedisca il modulo e la documentazione richiesta al locale Dipartimento per i servizi sociali (Local Department of Social Services, LDSS) o all'Amministrazione per le risorse umane (Human Resource Administration, HRA). Per trovare l'indirizzo nella sua contea: http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

TERMINI, DIRITTI E RESPONSABILITÀ

Compilando e firmando il presente modulo, chiedo di poter accedere al Programma di risparmio Medicare. **IL PAGAMENTO DEL PREMIO MEDICARE È UN SUSSIDIO MEDICAID.**

PENALI

Sono consapevole che la mia richiesta potrà essere sottoposta ad indagine, al cui svolgimento accetto di collaborare. Le leggi federali e statali prevedono sanzioni amministrative, pene detentive o entrambe se si rilasciano dichiarazioni false nella richiesta di sussidi Medicaid o in qualsiasi momento durante l'accertamento della propria idoneità oppure se si induce qualcuno a fornire dichiarazioni false riguardo alla presentazione della richiesta o alla conferma dell'idoneità.

MODIFICHE

Accetto di comunicare immediatamente eventuali modifiche nelle informazioni contenute nella presente richiesta.

NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE (SSN)

Se presenta la richiesta per il Programma di risparmio Medicare, deve indicare il suo SSN, a meno che lei non sia in gravidanza. Le leggi che lo stabiliscono sono: 18NYCRR Articoli 351.2, 360-1.2 e 360-3.2(j)(3); 42USC 1320b-7. I numeri SSN sono utilizzati in diversi modi, sia nell'ambito dei distretti locali per i servizi sociali sia tra distretti locali per i servizi sociali e agenzie federali, statali e locali, nello Stato di New York e in altre giurisdizioni. Alcuni utilizzi hanno lo scopo di: verificare l'identità, identificare e verificare il reddito da lavoro e da capitale, verificare se i genitori senza affidamento hanno diritto alla copertura assicurativa sanitaria per i richiedenti, verificare se i richiedenti possono ottenere il sostegno per i minori e verificare se i richiedenti possono ottenere aiuti economici o di altro tipo.

CERTIFICAZIONE DELLA CITTADINANZA E DELLO STATUS DI IMMIGRAZIONE

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, certifico che il firmatario di questo modulo e/o il suo rappresentante è cittadino/a statunitense o cittadino/a statunitense nato/a all'estero oppure possiede uno status di immigrazione idoneo. Riconosco che, all'occorrenza, le informazioni sul mio conto saranno inoltrate ai Servizi degli Stati Uniti per la cittadinanza e l'immigrazione (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) per la verifica dello status di immigrazione. Sono inoltre consapevole che l'utilizzo o la diffusione di informazioni sul mio conto è limitata alle persone e alle organizzazioni direttamente connesse alla verifica dello status di immigrazione e all'amministrazione e attuazione delle disposizioni del programma Medicaid.

PRINCIPIO DI EQUITÀ

La presente richiesta verrà presa in considerazione senza distinzione di origine etnica, colore della pelle, sesso, disabilità, credo religioso, nazionalità o appartenenza politica.

CERTIFICAZIONE

Apponendo la firma su questo modulo, giuro e dichiaro che le informazioni fornite o che fornirò al Dipartimento per i servizi sociali come base per Medicaid sono corrette. Conferisco inoltre al Dipartimento per i servizi sociali qualsiasi diritto io abbia di richiedere il sostegno delle persone legalmente responsabili della mia assistenza e di richiedere altre risorse terze. Sono consapevole che i servizi Medicaid erogati per mio conto possano essere recuperati dalle persone che erano legalmente responsabili della mia assistenza al momento dell'erogazione dei servizi sanitari.

Se dopo aver letto e compilato questo modulo lei decide di NON voler accedere al Programma di risparmio Medicare, inserisca il suo nome di seguito:

Acconto al ritiro della richiesta:

Firma richiedente	Data
-------------------	------

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information			Date	Employed By		
Date Eligibility Determined By Worker				Date Eligibility Approved By		
Central/Office	Application Date	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case No.	Reuse Ind.
Case Name		District		Registry No.	Ver.	
Effective Date		MA Disp.	Denial	Withdrawal	Reason Code	Proxy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No