

TERMINI, DIRITTI E RESPONSABILITÀ

Compilando e firmando la presente domanda, chiedo di poter accedere ai servizi di Medicaid, Family Health Plus e Child Health Plus. Sono consapevole che la presente domanda, le relative comunicazioni e le altre informazioni di accompagnamento saranno inviate al programma o ai programmi per cui desidero fare richiesta. Autorizzo la divulgazione delle informazioni personali e finanziarie contenute nella presente domanda e di ogni altra informazione necessaria a stabilire l'idoneità a partecipare ai programmi. Sono consapevole del fatto che potrebbero essermi richieste ulteriori informazioni. Accetto di comunicare immediatamente eventuali modifiche delle informazioni contenute nella presente domanda.

- Sono consapevole della necessità di fornire le informazioni necessarie a dimostrare la mia idoneità a partecipare a ciascun programma. Nel caso in cui non riesca a raccogliere le informazioni per Medicaid o Family Health Plus, informerò il distretto dei servizi sociali, che potrebbe aiutarmi ad ottenere le informazioni.
- Nel caso in cui la domanda sia inoltrata a una sede diversa dal dipartimento locale dei servizi sociali e i miei figli non risultino idonei a Medicaid con la presente domanda, posso contattare il dipartimento locale dei servizi sociali per verificare se siano idonei a Medicaid sulla base di altre motivazioni.
- Sono consapevole che gli addetti ai programmi per i quali i miei familiari o io stesso abbiamo presentato domanda potranno controllare le informazioni che ho fornito in relazione alla domanda. Le agenzie che gestiscono i programmi manterranno le informazioni riservate nel rispetto di 42 U.S.C. 1396a (a) (7) e 42 CFR 431.300-431.307, oltre che delle altre leggi e norme in vigore a livello federale e statale.

- Richiedendo Child Health Plus, accetto di versare il premio applicabile non pagato dallo Stato di New York.
- Sono consapevole che Medicaid, Family Health Plus e Child Health Plus non sosterranno le spese mediche di cui dovrebbe farsi carico l'assicurazione o un altro soggetto; e che, richiedendo Medicaid o Family Health Plus, concedo all'agenzia tutti i miei diritti a pretendere ed ottenere supporto medico dal coniuge o dal genitore di una persona di età inferiore a 21 anni, così come il mio diritto a pretendere e ricevere i pagamenti di terzi per l'intera durata di godimento delle prestazioni.
- Richiederò le indennità dell'assicurazione sanitaria o dell'assicurazione infortuni o altre risorse a cui ho diritto. Sono consapevole di avere diritto ad invocare la giusta causa a non collaborare all'utilizzo dell'assicurazione sanitaria nel caso in cui ciò possa danneggiare la mia salute o sicurezza oppure la salute e la sicurezza di una persona terza di cui io sia legalmente responsabile.
- Sono consapevole che la mia idoneità a partecipare ai programmi non sarà influenzata dalla mia etnia, colore o paese d'origine. Sono inoltre consapevole che, in base ai requisiti dei singoli programmi, la mia età, sesso, disabilità o cittadinanza potrebbe influenzare la mia idoneità.

- Sono consapevole che, nel caso in cui mio figlio stia partecipando a Medicaid o Family Health Plus, potrà avere accesso alle cure preventive e primarie complete, compresi tutti i trattamenti necessari, attraverso il Child/Teen Health Program. Il dipartimento locale dei servizi sociali sarà in grado di fornirmi ulteriori informazioni sul programma.
- Sono consapevole che chiunque non affermi il vero o nasconda la verità in maniera consapevole con lo scopo di avere accesso ai servizi dei programmi sta compiendo un reato e sarà passibile delle sanzioni previste a livello federale e statale, compresi l'eventuale rimborso delle prestazioni ricevute e il pagamento delle sanzioni civili. Il New York State Department of Tax and Finance ha il diritto di prendere visione delle informazioni relative al reddito incluse nel presente modulo.

NUMERO DI SOCIAL SECURITY

Child Health Plus: i numeri di Social Security (SSN) non sono necessari per iscriversi a Child Health Plus. Se disponibili, li riporterò per i minori che richiedono di partecipare a Child Health Plus. Medicaid o Family Health Plus: i numeri di Social Security sono necessari per tutti i richiedenti, ad eccezione delle donne in gravidanza e degli stranieri non qualificati ("non-qualified alien"). I numeri di Social Security non sono necessari per i membri della mia famiglia che non richiedono di accedere alle prestazioni. Sono consapevole che ciò è previsto dalla legge federale 42 U.S.C. 1320b-7 (a) e dalle norme Medicaid 42 CFR 435.910. I numeri di Social Security vengono utilizzati in molti modi, sia nell'ambito del dipartimento dei servizi sociali (DSS, department of social services) sia tra il DSS e le agenzie federali, statali e locali a New York e nelle altre giurisdizioni. Alcuni utilizzi hanno lo scopo di: controllare 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 supporto medico e ulteriori aiuti economici o di altro tipo. I numeri di Social Security possono anche essere impiegati per identificare il ricevente all'interno o tra le varie agenzie governative centrali Medicaid, garantendo che vengano messi a sua disposizione i servizi più adeguati. Inoltre, se richiedessi altri programmi tramite la presente domanda congiunta, detti programmi avrebbero accesso al mio SSN e potrebbero servirsene ai fini della gestione del programma.

SOLTANTO PER I RICHIEDENTI MEDICAID

- **Divulgazione di informazioni relative all'istruzione**
Autorizzo il dipartimento locale dei servizi sociali e lo Stato di New York ad ottenere informazioni dalla documentazione relativa all'istruzione di mio figlio o dei miei figli, qui nominato/i, nella misura in cui esse sono necessarie a richiedere i rimborsi Medicaid per i servizi d'istruzione relativi alla sanità e a permettere all'agenzia governativa federale interessata di accedere a dette informazioni all'unico scopo di eseguire verifiche.
- **Early Intervention Program**
Nel caso in cui mio figlio sia valutato o partecipi al New York State Early Intervention Program, autorizzo il dipartimento locale dei servizi sociali e lo Stato di New York a condividere le informazioni sull'idoneità a Medicaid di mio figlio con l'Early Intervention Program della mia contea ai fini della fatturazione per Medicaid.
- **Rimborso delle spese mediche**
Sono consapevole di avere diritto, in quanto parte della mia domanda Medicaid o successivamente, a pretendere il rimborso delle spese da me sostenute per le cure, le forniture ed i servizi medici coperti ricevuti durante il trimestre precedente il mese della mia domanda. Successivamente alla data della mia domanda, il rimborso delle spese, delle forniture e dei servizi medici coperti sarà possibile se ottenuto da fornitori iscritti a Medicaid.

FAMILY HEALTH PLUS AND MEDICAID MANAGED CARE

Sono consapevole che, per poter ricevere le prestazioni di Family Health Plus, devo entrare a far parte di un programma sanitario di assistenza gestita. Sono altresì consapevole che, in alcune contee, potrebbe essere necessario partecipare a un programma sanitario per ricevere le prestazioni di Medicaid. So dove e a chi rivolgermi per sapere se la mia contea prescrive che gli iscritti a Medicaid facciano parte di un programma sanitario e quali programmi sanitari siano a mia disposizione nell'ambito dell'assistenza sanitaria Medicaid e Family Health Plus. Sono consapevole che, nel caso in cui risultati idoneo a Family Health Plus, verrò iscritto al programma sanitario Family Health Plus di mia scelta. Sono (siamo) inoltre consapevole(i) che, nel caso in cui risultati (risultassimo) idoneo(i) a Medicaid invece che a Family Health Plus e la mia (nostra) contea prescrive che gli iscritti Medicaid facciano parte di un programma sanitario di assistenza gestita, io (noi) verrò (verremo) iscritto(i) al programma

TERMINI, DIRITTI E RESPONSABILITÀ

sanitario prescelto, a meno che esso non partecipi all'assistenza gestita Medicaid. Nel caso in cui la mia (nostra) contea non prescrive che gli iscritti facciano parte di un programma sanitario di assistenza gestita Medicaid, io (noi) sarò (saremo) comunque iscritto(i) al programma sanitario prescelto, a meno di non avvisare per iscritto il dipartimento locale dei servizi sociali (oppure spuntare la casella nella sezione I) dell'intenzione di non far parte di detto programma sanitario.

So dove e a chi rivolgermi per avere informazioni sui diritti e le prestazioni di cui godrò in quanto membro di un programma sanitario di assistenza gestita e sui limiti posti alle prestazioni per i membri dell'assistenza gestita. Sono consapevole che, nell'ambito dell'assistenza gestita Medicaid e Family Health Plus, sono tenuto a scegliere un Primary Care Provider (PCP, Fornitore di assistenza sanitaria primaria) e che potrò scegliere tra almeno tre PCP nel mio programma sanitario. Sono consapevole che, una volta iscritto a un programma sanitario, dovrò servirmi del mio PCP e di altri fornitori nell'ambito del programma sanitario, tranne che in casi speciali.

Sono consapevole che, se mi nasce un figlio mentre sono iscritto a un programma sanitario di assistenza gestita Medicaid, mio figlio sarà iscritto allo stesso programma. Sono inoltre consapevole che, se mi nasce un figlio mentre sono iscritto a un programma Family Health Plus che fa parte anche dell'assistenza gestita Medicaid, mio figlio sarà iscritto allo stesso programma.

- **Divulgazione di informazioni mediche**
Autorizzo la divulgazione di informazioni mediche su di me e su quei membri della mia famiglia per i quali posso fornire l'autorizzazione:
 - Tramite il mio PCP, altri fornitori di assistenza sanitaria o il New York State Department of Health (NYSDOH) al mio programma sanitario e ad ogni fornitore di assistenza sanitaria che presti cure a me o ai miei familiari, nei limiti di quanto sia ragionevolmente necessario per il mio programma sanitario o affinché i miei

fornitori di cure possano garantire trattamenti, pagamenti o interventi d'assistenza. Ciò può comprendere le informazioni di natura farmacologica o medica necessarie a gestire il mio trattamento;

- Tramite il mio programma sanitario e i fornitori di assistenza sanitaria, al NYSDOH e ad altre agenzie autorizzate federali, statali e locali per la gestione dei programmi Medicaid, Child Health Plus e Family Health Plus; e
- Tramite il mio programma sanitario, ad altre persone o organizzazioni, nei limiti di quanto è ragionevolmente necessario affinché il mio programma sanitario possa garantire trattamenti, pagamenti o interventi d'assistenza.

Accetto che le informazioni divulgate per poter garantire trattamenti, pagamenti o interventi d'assistenza possano comprendere informazioni relative a HIV, salute mentale o abuso di alcool e sostanze sul mio conto e i miei familiari, sempre nei limiti permessi dalla legge, fino a quando non avrò revocato la presente autorizzazione.

Nel caso in cui, all'interno del mio nucleo familiare, più di un adulto si stia iscrivendo a un programma sanitario Family Health Plus o Medicaid, è necessaria la firma di ciascun richiedente adulto ai fini dell'autorizzazione alla divulgazione di informazioni.

- **Rimborso di spese mediche**
Sono consapevole che, nel caso in cui risulti idoneo a Family Health Plus, la mia iscrizione entrerà in vigore non oltre 90 giorni dalla data di presentazione della relativa domanda debitamente compilata. In caso di errore o ritardo nella mia iscrizione, Medicaid potrà rimborsare le spese mediche da me ragionevolmente sostenute a seguito di detto errore o ritardo. Medicaid potrà versare al mio fornitore le spese non sostenute soltanto se detto fornitore è iscritto a Medicaid.

DOCUMENTI RICHIESTI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ASSICURAZIONE SANITARIA

Nome richiedente

* Non sarà possibile completare l'iscrizione fino al ricevimento di tutti i documenti NECESSARI. Nel caso in cui il richiedente abbia bisogno di assistenza per riuscire a procurarsi i documenti, sarà sufficiente contattarci.

NON È NECESSARIO PRESENTARE TUTTI I DOCUMENTI. Abbiamo bisogno soltanto dei documenti relativi al richiedente. È necessario presentare i documenti originali o le copie certificate dei documenti di identità e cittadinanza U.S.A. Contattare il dipartimento locale dei servizi sociali oppure il n. 1-800-698-4543 per sapere a chi portare i documenti comprovanti l'identità e la cittadinanza U.S.A. Molti dipartimenti locali dei servizi sociali e programmi sanitari Child Health Plus non accettano la documentazione originale tramite posta elettronica: se si desidera inviarti tramite posta, verificare in anticipo. Le copie degli altri documenti, invece, possono essere inviate tramite posta unitamente alla domanda.

È necessario fornire una prova di identità, status di immigrazione e/o cittadinanza U.S.A. e data di nascita.

A decorrere dal 1° luglio 2010, i cittadini minorenni che forniscono un numero di Social Security non sono tenuti a presentare alcuna documentazione relativa alla loro cittadinanza o identità, se idonei a Child Health Plus. È possibile presentare UNO dei documenti seguenti come dimostrazione di cittadinanza U.S.A., identità e data di nascita:

- Passaporto U.S.A. O
- Certificato di naturalizzazione (moduli DHS N-550 o N-570) O
- Certificato di cittadinanza U.S.A. (moduli DHS N-560 o N-561) O
- Patente di guida Stato di New York del tipo EDL (Enhanced Driver's License).

Quando uno dei documenti succitati non è disponibile, è possibile utilizzare UN documento di CIASCUNO degli elenchi seguenti per dimostrare la propria cittadinanza e/o identità. L'elenco non è completo. Se non si dispone di uno dei documenti, consultare la sezione "Per ricevere assistenza" nelle istruzioni.

I documenti accompagnati da un * riportano anche la data di nascita

Cittadinanza U.S.A.

- Certificato di nascita U.S.A.*
- Certificato di nascita rilasciato dal Dipartimento di Stato (moduli FS-545 o DS-1350)*
- Atto di nascita all'estero (FS-240)
- Carta d'identità nazionale U.S.A. (modulo I-197 o I-179)
- Documento di tribù nativa americana*
- Documentazione scolastica/religiosa*
- Stato di servizio militare indicante il luogo di nascita U.S.A.
- Sentenza di adozione definitiva
- Documentazione comprovante l'idoneità alla cittadinanza U.S.A. in base alla Child Citizenship Act (Legge sulla cittadinanza dei minori) del 2000

Nel caso in cui non si utilizzino uno dei documenti che riportano la data di nascita, sarà necessario presentare anche uno dei documenti seguenti:

- Certificato di matrimonio
- NYS Benefit Identification Card

***Restituire tutti i documenti richiesti entro:**

_____ **In caso contrario, la domanda potrebbe essere rifiutata.**

Data domanda

Identità

- Patente di guida statale o carta d'identità con fotografia*
- Carta d'identità rilasciata da agenzia governativa federale, statale o locale
- Carta d'identità militare U.S.A. o documentazione di leva o Guardia costiera U.S.A.
- Carta d'identità della marina mercantile
- Carta d'identità scolastica con fotografia (può anche riportare la data di nascita)
- Certificato di appartenenza a sangue indiano o documento di tribù nativa dell'Alaska o nativa americana con fotografia
- Documentazione verificata scuola, asilo nido o assistenza diurna (per i minori di 16 anni d'età) (può anche riportare la data di nascita)
- Documentazione ospedale, medico, clinica (per i minori di 16 anni d'età)*

