

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
BUREAU OF EARLY INTERVENTION (UFFICIO DI INTERVENTO
PRECOCE)

AVVISO PER IL GENITORE SULL'ASSICURAZIONE

Nel New York State i servizi di intervento precoce (EI) devono essere offerti gratuitamente alle famiglie. Tuttavia, il sistema di pagamento per l'Early Intervention Program (Programma di intervento precoce, EIP) del New York State prevede il ricorso sia a un'assicurazione pubblica (come Medicaid e il piano assicurativo per l'infanzia Child Health Plus), sia a un'assicurazione privata (come CDPHP, UHC e altre) per il rimborso dei servizi di intervento precoce. Queste importanti fonti di finanziamento contribuiscono a garantire la disponibilità dei servizi di intervento precoce per le generazioni future.

Ai sensi della Public Health Law (Legge sulla salute pubblica, PHL), i responsabili dei servizi di intervento rapido sono tenuti ad addebitare i servizi da loro forniti all'assicurazione pubblica e privata prima di trasmettere le fatture all'amministrazione comunale per richiederne il pagamento. L'addebito all'assicurazione privata verrà effettuato solo se la polizza assicurativa è soggetta alle leggi del New York State (regolamentata). Al contrario, i servizi EIP non possono essere addebitati ad assicurazioni non regolamentate.

Medicaid e assicurazione privata:

Se la sua famiglia ha una copertura assicurativa sia privata che pubblica (Medicaid), le richieste di pagamento per i servizi di intervento precoce verranno in primo luogo addebitate all'assicurazione privata, e solo il saldo residuo verrà addebitato all'assicurazione pubblica (Medicaid). Se il piano assicurativo di suo figlio è soggetto alla Insurance Law (Legge sull'assicurazione, SIL) del New York State, i servizi di intervento precoce verranno addebitati a tale piano assicurativo.

Raccolta dei numeri di assicurazione e previdenza sociale

Ai sensi della Public Health Law (PHL) del New York State:

- Il coordinatore dei servizi dovrà raccogliere la documentazione e le informazioni necessarie sulla copertura assicurativa di suo figlio, sia pubblica che privata, che lei dovrà fornirgli. Tra queste informazioni rientrano il tipo di polizza assicurativa o il piano di prestazioni sanitarie, il nome dell'assicuratore o del responsabile del piano assicurativo, il numero identificativo della polizza o del piano, il tipo di copertura della polizza e tutte le altre informazioni necessarie per addebitare i servizi all'assicurazione. Il coordinatore dei servizi le illustrerà i suoi diritti, responsabilità e tutele previste dalla legge per le famiglie. [PHL§2543(3); PHL§2559(3)(a)(i)]
- L'Early Intervention Official (Funzionario del programma di intervento precoce, EIO) dovrà ottenere da lei il suo numero di previdenza sociale e quello di suo figlio. Queste informazioni verranno conservate in modo sicuro e nel rispetto della privacy. [PHL§2552(2)]

Polizze assicurative regolamentate dal New York State

Se per il pagamento dei servizi di intervento precoce volesse ricorrere ad assicurazione pubblica e privata, sono previste le seguenti tutele ai sensi della PHL e della SIL del New York State per i piani assicurativi regolamentati dal New York State.

- 1. I servizi di intervento precoce necessari per suo figlio saranno disponibili gratuitamente per la sua famiglia.** Non dovrà sostenere spese non rimborsabili, ad esempio per il pagamento di franchigie o ticket, per nessuno dei servizi offerti a suo figlio e alla sua famiglia nell'ambito dell'EIP. Sarà l'EIO a predisporre il pagamento di tutte le franchigie e dei ticket. [PHL§2557(1); PHL§2559(3)(b)]
- 2. Gli assicuratori non potranno applicare i pagamenti corrisposti per i servizi di intervento precoce ai limiti massimi annuali o permanenti della sua polizza ("massimali").** Di conseguenza, qualsiasi pagamento effettuato dalla sua compagnia assicurativa per servizi di intervento precoce non comporterà una riduzione della copertura assicurativa complessiva della sua famiglia. [PHL§2559(3)(c); SIL§3235-a(b)]
- 3. Gli assicuratori non potranno applicare i pagamenti corrisposti per i servizi di intervento precoce ai limiti per le visite indicati nella polizza.** Di conseguenza, le visite di intervento precoce rimborsate dalla compagnia assicurativa non comporteranno una riduzione del numero di visite mediche a disposizione di suo figlio e della sua famiglia. [SIL§3235-a(b)]
- 4. I servizi di intervento precoce a disposizione di suo figlio e della sua famiglia non saranno limitati alla copertura assicurativa.** L'EIO del programma di intervento precoce dovrà garantire che suo figlio riceva i servizi di intervento precoce necessari, anche se non fossero coperti dalla sua assicurazione o se non disponesse di assicurazione. [PHL§2552(1)]
- 5. La compagnia di assicurazione sanitaria non può interrompere o decidere di non rinnovare** la sua copertura assicurativa solo perché suo figlio riceve servizi nell'ambito dell'EIP. [SIL§3235-a(d)]
- 6. La compagnia assicurativa non può aumentare il premio della sua assicurazione sanitaria** solo perché suo figlio e la sua famiglia ricevono servizi nell'ambito dell'EIP.
- 7. L'idoneità di suo figlio a partecipare ai programmi di servizi a domicilio e in comunità non verrà invalidata** dal ricorso all'assicurazione sanitaria pubblica (ovvero Medicaid) per il pagamento dei servizi di intervento precoce. Ricevere servizi di intervento precoce non preclude la partecipazione al Children's Waiver Program (Programma di servizi per l'infanzia) Medicaid 1915(c).
- 8. I servizi di intervento precoce inclusi nel suo Individualized Family Service Plan (Piano di assistenza familiare personalizzato, IFSP) dovranno essere offerti anche se non disponesse di una copertura assicurativa pubblica o privata.** Non potrà essere obbligato a procurarsi una copertura assicurativa sanitaria per partecipare all'EIP; tuttavia, il coordinatore dei servizi sarà disponibile a offrirle assistenza e una serie di indicazioni utili ai fini della presentazione della domanda per ricevere i sussidi pubblici, qualora volesse richiederli. [PHL§2552(1); PHL§2559(1)]

Non possono essere addebitati servizi EIP a polizze assicurative non regolamentate dal New York State:

Se il piano assicurativo non è regolamentato dal New York State, le tutele previste dalla PHL e dalla SIL non saranno applicabili al suo piano assicurativo In questi casi:

1. Potrebbe non essere possibile vietare all'assicuratore di applicare i servizi di intervento precoce al massimale annuale o permanente della polizza o di ridurre il numero di visite disponibili.
2. Potrebbe non essere possibile vietare all'assicuratore di interrompere o di non rinnovare la copertura assicurativa sanitaria perché suo figlio riceve servizi EIP.
3. Potrebbe non essere possibile vietare all'assicuratore di aumentare il premio assicurativo perché suo figlio riceve servizi EIP.

Surrogazione:

La PHL del New York State attribuisce all'amministrazione comunale e al responsabile dei servizi il diritto di "surrogazione" per essere rimborsati secondo i termini della polizza, qualora l'amministrazione comunale abbia effettuato il pagamento per i servizi di intervento precoce o la struttura responsabile abbia erogato i servizi coperti dalla polizza. [PHL§2559(3)(d); SIL§3235-a(c)] In virtù di ciò, qualsiasi pagamento per servizi di intervento precoce corrisposto da un'assicurazione privata deve essere effettuato direttamente a favore della struttura responsabile dei servizi di intervento precoce. Se avesse ricevuto un pagamento non dovuto, contatti il responsabile o i responsabili dei servizi di intervento precoce e/o il coordinatore dei servizi per chiedere indicazioni e assistenza. In questo modo, la struttura responsabile dei servizi di intervento precoce offerti a suo figlio e alla sua famiglia potrà ricevere il compenso dovuto.

Diritto a un procedimento equo:

I genitori hanno il diritto di richiedere un procedimento equo per la risoluzione di controversie in merito ai servizi di intervento precoce offerti al figlio. Questo diritto prevede la possibilità di mediazione, la richiesta di un'udienza equa e/o la possibilità di presentare un reclamo contro il sistema statale. Tutte le suddette opzioni sono disponibili per il genitore su base volontaria e a titolo gratuito. [34 CFR §303.431, §303.436, §303.441, §303.434; PHL §2549; 10 NYCRR Sezione 69-4.17]

- La mediazione è una procedura affidata a un mediatore esperto di un Community Dispute Resolution Center (Centro locale per la risoluzione delle controversie), che assiste i genitori e gli EIO per trovare un accordo sui servizi di intervento precoce.
- Le udienze imparziali vengono affidate ai funzionari preposti (giudici amministrativi nominati dal Commissioner of Health (Commissario per la sanità) o da un delegato) e vengono anche indette per risolvere eventuali controversie fra un genitore e un EIO. I genitori possono richiedere un'udienza imparziale se il figlio è stato ritenuto non idoneo a ricevere i servizi da una persona che ha il compito di fornire una valutazione, a condizione che la domanda venga presentata entro 6 mesi dalla data di attestazione della mancata idoneità.
- È possibile presentare un reclamo contro il sistema statale se i genitori ritengono che l'EIO, il coordinatore dei servizi, il responsabile della valutazione o il responsabile dei servizi non abbiano operato nel rispetto della legge, dei regolamenti o delle norme in vigore. Il reclamo deve essere presentato in forma scritta al Director of the Bureau of Early Intervention (Direttore dell'Ufficio di intervento precoce) del New York State Department of Health e deve essere trasmesso al massimo entro un anno dalla data della presunta violazione.

Per dubbi o domande sulle informazioni contenute nel presente avviso, rivolgersi al coordinatore dei servizi o all'EIO, chiamare il Bureau of Early Intervention del New York State Department of Health al numero 518-473-7016 oppure inviare un'e-mail all'indirizzo beipub@health.ny.gov.

N. di riferimento
NYEIS del minore:

Assicurazione
Tool Kit punto 4
Modulo B

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
BUREAU OF EARLY INTERVENTION

INFORMAZIONI SULL'ASSICURAZIONE PER I MINORI

Nome/Data di nascita del minore: _____ **Sesso del minore:** maschio femmina

Informazioni sull'assicurazione principale:

Compagnia assicurativa/Nome del piano: _____

Indirizzo di fatturazione della compagnia assicurativa: _____

Numero di polizza/Codice identificativo (ID): _____

ID del minore (se diverso): _____

Numero di gruppo: _____

Nome del titolare della polizza: _____ Sesso del titolare della polizza: maschio femmina

Data di nascita del titolare della polizza: _____

Indirizzo del titolare della polizza: _____

Numero di telefono del titolare della polizza: _____

Rapporto con il minore del titolare della polizza: _____

Altra assicurazione (se applicabile):

Compagnia assicurativa/Nome del piano: _____

Indirizzo di fatturazione della compagnia assicurativa: _____

Numero di polizza/ID: _____

ID del minore (se diverso): _____

Numero di gruppo: _____

Nome del titolare della polizza: _____ Sesso del titolare della polizza: maschio femmina

Data di nascita del titolare della polizza: _____

Indirizzo del titolare della polizza: _____

Numero di telefono del titolare della polizza: _____

Rapporto con il minore del titolare della polizza: _____

Numero identificativo cliente Medicaid (CIN) (se applicabile): _____

(2 lettere, 5 numeri, 1 lettera)

Firma del genitore/tutore legale

Data

La firma del genitore conferma che le informazioni presenti sull'assicurazione sono corrette.

Revisione delle informazioni sull'assicurazione	: data _____	nessuna modifica _____	firma del genitore _____
Revisione delle informazioni sull'assicurazione	: data _____	nessuna modifica _____	firma del genitore _____
Revisione delle informazioni sull'assicurazione	: data _____	nessuna modifica _____	firma del genitore _____
Revisione delle informazioni sull'assicurazione	: data _____	nessuna modifica _____	firma del genitore _____
Revisione delle informazioni sull'assicurazione	: data _____	nessuna modifica _____	firma del genitore _____

ATTESTAZIONE DEL GENITORE DELLA MANCANZA DI ASSICURAZIONE (se applicabile)

Nome del minore: _____ **Data di nascita del minore:** _____

Il sottoscritto _____ (scrivere in stampatello), genitore e/o tutore legale del minore sopra indicato, attesta che ad oggi il minore non è coperto da alcuna assicurazione sanitaria. Sono consapevole che il coordinatore dei servizi dell'Early Intervention Program che mi è stato assegnato è tenuto ad assistermi per aiutarmi a individuare e richiedere un'assicurazione sanitaria per la quale il minore possa essere idoneo. Sono anche consapevole che il minore non è tenuto ad avere un'assicurazione sanitaria per ricevere i servizi previsti nell'ambito dell'Early Intervention Program.

Firma del genitore/tutore legale

Data

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
BUREAU OF EARLY INTERVENTION

ISTRUZIONI PER L'INFORMATIVA SULL'ASSICURAZIONE PER MINORI

Informazioni sull'assicurazione per minori:

Nel New York State i servizi di intervento precoce devono essere offerti gratuitamente alle famiglie. Tuttavia, il sistema di pagamento per l'Early Intervention Program (Programma di intervento precoce, EIP) del New York State prevede il ricorso sia a un'assicurazione pubblica (come Medicaid e Child Health Plus), sia a un'assicurazione privata (come CDPHP, Empire Plan e altre) per il rimborso dei servizi di intervento precoce. Ai sensi della Public Health Law (PHL) del New York State, il coordinatore dei servizi dovrà raccogliere la documentazione e le informazioni necessarie sulla copertura assicurativa di suo figlio, sia pubblica che privata, che lei dovrà fornirgli. Tra queste informazioni rientrano il tipo di polizza assicurativa o il piano di prestazioni sanitarie, il nome dell'assicuratore o del responsabile del piano assicurativo, il numero identificativo della polizza o del piano, il tipo di copertura della polizza e tutte le altre informazioni necessarie per addebitare i servizi all'assicurazione. Il coordinatore dei servizi dovrà illustrarle i suoi diritti, responsabilità e tutele che la legge assicura alla sua famiglia.

Per compilare il modulo:

- Il coordinatore dei servizi potrà aiutarla a compilare il presente modulo.
- Verifichi che il modulo sia compilato in modo completo e accurato.
- Se suo figlio ha due o più polizze, dovrà fornire informazioni per ciascuna polizza (vedi gli esempi seguenti).
 - Se suo figlio ha due assicurazioni private diverse, dovrà fornire informazioni per entrambe le polizze.
 - Se suo figlio è iscritto sia a Medicaid che a un'assicurazione privata, dovrà indicare il Medicaid Child Identification Number (numero di identificazione del minore di Medicaid, CIN) e fornire informazioni sull'assicurazione privata.
 - Se suo figlio è iscritto a Medicaid Managed Care (Assistenza programmata Medicaid), dovrà riportare il Medicaid Child Identification Number (numero di identificazione del minore di Medicaid, CIN) e le informazioni sulla compagnia assicurativa di Medicaid Managed Care nella sezione dedicata alle informazioni sulle assicurazioni.
 - Se suo figlio è iscritto a Medicaid Managed Care ma ha anche una polizza di assicurazione privata, dovrà indicare il Medicaid Child Identification Number (numero di identificazione del minore di Medicaid, CIN), le informazioni sulla compagnia assicurativa di Medicaid Managed Care, nonché le informazioni sulla polizza di assicurazione privata.
- Il coordinatore dei servizi dovrà verificare insieme a lei le informazioni sull'assicurazione di suo figlio almeno una volta ogni tre mesi. In caso di modifiche della copertura assicurativa, dovrà compilare un nuovo modulo.
- Informi subito il coordinatore dei servizi di eventuali modifiche nella copertura assicurativa di suo figlio.

Attestazione del genitore della mancanza di assicurazione (se applicabile):

- Deve compilare e firmare la presente attestazione, se suo figlio non è coperto da assicurazione sanitaria.
- È necessario firmare una nuova attestazione per ciascun incontro/verifica dell'Individualized Family Service Plan (Piano di assistenza familiare personalizzato, IFSP), a meno che suo figlio non abbia ottenuto una copertura assicurativa.
- Se suo figlio non ha un'assicurazione, i servizi EIP continueranno a essere offerti gratuitamente.
- Per ricevere i servizi EIP, non è necessario che suo figlio abbia un'assicurazione sanitaria. Tuttavia, il coordinatore dei servizi dovrà aiutarla a individuare e richiedere un'assicurazione sanitaria per la quale il minore possa essere idoneo.

Per dubbi o domande sulla compilazione del presente modulo, contatti il coordinatore dei servizi.

N. di riferimento
NYEIS del minore:

Assicurazione
Tool Kit punto 5
Modulo C

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
BUREAU OF EARLY INTERVENTION

AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI SULL'ASSICURAZIONE SANITARIA

Ai sensi della Sezione 2559(3)(d) della NYS Public Health Law (Legge sulla salute pubblica del New York State) e della Sezione 3235-a(c) della Insurance Law (Legge sull'assicurazione)

Nome del minore assicurato:	Data di nascita:
Nome del genitore/tutore legale:	Data di nascita:
Nome della compagnia assicurativa:	Tipo/Nome del piano assicurativo:
Indirizzo della compagnia assicurativa:	Numero di telefono della compagnia assicurativa:
Nome e indirizzo del titolare della polizza:	Numero di polizza/ID: ID del minore: Numero di gruppo (se applicabile):
Nome del coordinatore dei servizi:	Agenzia del coordinatore dei servizi:
Indirizzo del coordinatore dei servizi:	Numero di telefono del coordinatore dei servizi:
Amministrazione comunale:	Data di invio all'assicuratore:

Chiedo e autorizzo che le informazioni sulla copertura assicurativa sanitaria relative all'assicurato sopra indicato vengano trasmesse al coordinatore dei servizi di pronto intervento di mio figlio e della mia famiglia, al responsabile o ai responsabili dei servizi, all'amministrazione comunale responsabile dell'Early Intervention Program, al NYS Department of Health e /o al suo agente fiscale.

Autorizzo lo scambio di informazioni tra le presenti parti e l'assicuratore sopra indicato per agevolare le procedure di assistenza in merito alle richieste e alle decisioni relative alle domande di servizi nell'ambito dell'Early Intervention Program.

Inoltre, acconsento e autorizzo i responsabili dei servizi che presentano le domande all'assicuratore sopra indicato a fornire le suddette informazioni eventualmente richieste dall'assicuratore, al fine di agevolare la richiesta e il pagamento dei servizi offerti nell'ambito dell'Early Intervention Program.

La presente richiesta si applica esclusivamente alla copertura assicurativa sanitaria prevista dalla polizza, piano o indennità dell'assicurato, al fine di facilitare il pagamento da parte dell'assicuratore per i servizi offerti nell'ambito dell'Early Intervention Program.

Firma del genitore/tutore legale: _____

Firmato in data: _____