



NEW YORK STATE Department of Health

access  
NY  
health care

Assicurazione sanitaria  
per anziani, persone con disabilità  
e altri soggetti sensibili

MODULO DI DOMANDA



# ISTRUZIONI

**DICHIARAZIONE SULLA RISERVATEZZA** Tutte le informazioni fornite nella presente domanda resteranno di natura riservata. Soltanto l'Assistor, ovvero il consulente incaricato di aiutare il richiedente con la procedura di domanda, le agenzie locali o statali e gli addetti ai programmi sanitari potranno prendere visione delle informazioni, in modo tale da poter decidere se il richiedente e i componenti del suo nucleo familiare siano o meno idonei. La persona che si occupa di aiutare il richiedente con la domanda non potrà discuterne con altri, tranne che con un supervisore, con le agenzie locali o statali o con gli addetti ai programmi sanitari che abbiano bisogno delle informazioni.

**SCOPO DELLA DOMANDA** È necessario compilare questa domanda affinché l'assicurazione sanitaria copra le spese mediche. La presente domanda può essere utilizzata per richiedere i servizi di Medicaid, del Family Planning Benefit Program, o per ricevere assistenza con il versamento dei premi dell'assicurazione sanitaria. È possibile presentare la domanda per se stessi e/o per i componenti del nucleo familiare con cui si convive.

NEL CASO IN CUI UNA DISABILITÀ RENDA NECESSARIO RICORRERE ALL'ASSISTENZA PER COMPILARE LA DOMANDA, CONTATTARE IL DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES LOCALE, CHE FARÀ TUTTO QUANTO RAGIONEVOLMENTE POSSIBILE PER RIUSCIRE A SODDISFARE LE ESIGENZE DEL RICHIEDENTE.

**SI PREGA** di leggere il testo della domanda nella sua interezza prima di iniziare a compilarla. Se il richiedente ha 65 anni di età (o più), è stato certificato come non vedente/disabile o è attualmente ricoverato e/o presenta la domanda per la copertura dell'assistenza in casa di cura, deve compilare anche il supplemento A, oltre alla presente domanda. Il supplemento comprende domande relative alle risorse del richiedente, ad esempio i depositi bancari o i beni immobili. Il presente modulo viene utilizzato anche per le persone in stato di gravidanza o per i minori di 19 anni che fanno domanda tramite un fornitore di servizi. Se la domanda è presentata per conto di una persona incinta o minore di 19 anni, è necessario compilare solo le sezioni da A a G, I, e J.

I richiedenti Medicaid che non rientrano nelle suddette categorie devono presentare domanda attraverso il NY State of Health. È possibile contattare il NY State of Health tramite il sito <https://nystateofhealth.ny.gov/>, o telefonicamente al numero 1-855-355-5777.

Ogni volta che nella domanda compare la dicitura **INVIARE PROVA**, fare riferimento alla sezione "Documenti richiesti per la presentazione della domanda di assicurazione sanitaria" alle pagine 4-6 per consultare l'elenco dei documenti giustificativi accettabili.

**PER RICEVERE ASSISTENZA** Quando si presenta la domanda per ricevere l'assicurazione sanitaria pubblica, **NON** è necessario rivolgersi al proprio Department of Social Services locale oppure avere un colloquio con l'Assistor incaricato di aiutare il richiedente con la procedura d'iscrizione, ma È **POSSIBILE** recarsi presso un'agenzia locale o contattare il suddetto consulente per ricevere aiuto nel compilare la domanda. L'elenco degli Assistor incaricati di aiutare i richiedenti con l'iscrizione è disponibile presso l'ente dove è stata fornita la domanda o può essere richiesto telefonicamente chiamando il numero 1-800-698-4543. La linea di assistenza telefonica Medicaid è inoltre disponibile al numero 1-800-541-2831. L'ASSISTENZA È COMPLETAMENTE GRATUITA.

(Gli utenti con disabilità uditive che utilizzano apparecchi TTY possono chiamare il numero 1-877-898-5849)

Una volta compilata la domanda, si prega di spedirla via posta o consegnarla a mano presso il Department of Social Services locale nella contea di residenza. [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm)

## SEZIONE A Informazioni sul richiedente

Dobbiamo essere in grado di contattare chi chiede di accedere all'assicurazione sanitaria. L'indirizzo dell'abitazione è l'indirizzo presso il quale vive il richiedente. L'indirizzo postale, se diverso, è l'indirizzo al quale il richiedente desidera ricevere da noi la tessera dell'assicurazione sanitaria e gli avvisi che lo riguardano. Il richiedente può anche indicare un'altra persona affinché riceva le informazioni che lo riguardano e/o discuta del suo caso.

## SEZIONE B Informazioni sulla famiglia

Includere le informazioni sulle persone che convivono con il richiedente, anche se non richiedono l'assicurazione sanitaria. Per permetterci di prendere una decisione corretta sull'idoneità del richiedente, è importante elencare tutti coloro che vivono con lui. Indicare anche il nome da nubile (ovvero il nome prima di sposarsi, se del caso), oltre alla città, allo stato e al paese di nascita. Nel caso di una persona nata al di fuori degli Stati Uniti, indicare soltanto il paese di nascita. È necessario indicare il nome completo da nubile della madre di ogni persona richiedente. In determinate circostanze, queste informazioni possono essere utilizzate per verificare la data di nascita del richiedente.

- **Questa persona è in stato di gravidanza?** In caso di risposta affermativa, quando è prevista la nascita del figlio? Queste informazioni ci aiuteranno a comprendere da quante persone è composta la famiglia. Una persona in gravidanza equivale a due persone.
- **Rapporto con la persona indicata alla riga 1.** Spiegare che tipo di rapporto lega ciascuna persona alla persona indicata alla riga 1 (ad esempio coniuge, figlio, figliastro, fratello, sorella, nipote, ecc.).
- **Copertura sanitaria pubblica.** Se il richiedente (o una persona che vive con il richiedente) è già iscritto o è stato iscritto in passato a Medicaid, al Family Planning Benefit Program o ad altre forme di assistenza pubblica quali il Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), abbiamo bisogno di saperlo. Indicare anche il numero di identificazione riportato sulla New York State Benefit Identification Card.
- **Numero di previdenza sociale (Social Security Number, SNN).** Indicare il numero di previdenza sociale per tutti i richiedenti, sempre che la persona in questione ne disponga. Se la persona non dispone di numero di previdenza sociale, lasciare vuota la relativa casella.
- **Status di immigrazione e cittadinanza.** Queste informazioni sono necessarie unicamente per chi presenta la domanda di assicurazione sanitaria. Per risultare idonee all'assicurazione sanitaria, le persone di almeno 19 anni di età devono avere la cittadinanza statunitense o risiedere legalmente negli Stati Uniti. Nel caso non fossimo in grado di verificare la cittadinanza statunitense e l'identità del richiedente in maniera elettronica tramite i database federali, il richiedente dovrà fornire la relativa documentazione. Si prega di contattare il Department of Social Services locale oppure chiamare il numero 1-800-698-4543 per ricevere indicazioni su dove presentare questi documenti. Se si stanno ricevendo i servizi Medicare o del programma Social Security Disability, ma non si è ancora idonei a Medicare, è necessario fornire una prova della cittadinanza o dell'identità.
- **Identità razziale/gruppo etnico.** Queste informazioni sono facoltative: ci aiuteranno a far sì che tutti abbiano accesso ai programmi. Nel fornire queste informazioni, servirsi del codice riportato nella domanda che meglio descrive l'identità razziale o l'appartenenza etnica di ciascuna persona. È possibile effettuare più di una scelta.



## SEZIONE C Reddito familiare (somme ricevute)

- Elencare in questa sezione tutti i tipi di reddito (somme ricevute) e gli importi ricevuti dalle persone nominate nella sezione B.
- Indicare il proprio reddito al lordo delle imposte.
- Se non si percepisce alcun reddito nell'ambito del nucleo familiare, spiegare in che modo si affrontano le spese di sostentamento quali vitto e alloggio.
- Abbiamo bisogno di sapere se il richiedente ha cambiato lavoro o se è studente.
- Abbiamo anche bisogno di sapere se il richiedente paga un'altra persona oppure un istituto, ad esempio un centro d'assistenza diurna, affinché si prenda cura dei figli o di un parente o coniuge disabile, mentre il richiedente è impegnato al lavoro o a scuola. In tal caso, indicare a quanto ammonta la spesa sostenuta. Potremmo essere in grado di detrarre in parte la spesa sostenuta dal richiedente dall'importo che prendiamo in considerazione come suo reddito.



## SEZIONE D Assicurazione sanitaria

Per noi è importante sapere se chi presenta la domanda è coperto o potrebbe essere coperto dall'assicurazione sanitaria di un'altra persona. La situazione di alcuni richiedenti rende possibile detrarre l'importo versato per l'assicurazione sanitaria dall'importo che prendiamo in considerazione come reddito. In alternativa, potremmo essere in grado di sostenere il costo del premio assicurativo, se riteniamo che ciò rappresenti un'opzione economicamente conveniente. Potremmo essere in grado di contribuire al versamento dei premi dell'assicurazione sanitaria, se il richiedente ha o riesce a ottenere l'assicurazione attraverso il proprio posto di lavoro. Avremo bisogno di raccogliere ulteriori informazioni sull'assicurazione e invieremo al richiedente un questionario in merito.

Se il richiedente ha già compiuto 65 anni o li compirà nei tre mesi successivi alla domanda potrebbe avere diritto a ulteriori sussidi di assistenza sanitaria tramite il programma Medicare. Presentare la domanda per Medicare è una condizione obbligatoria di idoneità per Medicaid. Medicare è un programma di assicurazione sanitaria a livello federale rivolto a persone che abbiano compiuto i 65 anni di età. Copre inoltre alcuni gruppi di individui con disabilità, a prescindere da criteri di reddito. Nel caso una persona benefici delle prestazioni di entrambi i programmi, Medicare ha la priorità sui pagamenti, mentre Medicaid interviene in seconda battuta. Presentare la domanda per Medicare è obbligatorio se:

- il richiedente è affetto da insufficienza renale cronica (malattia renale cronica in fase terminale/ESRD) o sclerosi laterale amiotrofica (ALS); **OPPURE**
- Sta per compiere 65 anni nei prossimi tre mesi o ha già 65 anni o più e il suo reddito è pari o inferiore al livello di reddito Medicaid (in considerazione di un nucleo familiare composto da un singolo individuo o da una coppia sposata). In questi casi, il programma Medicaid continuerà a pagare i suoi premi assicurativi o a rimborsare i premi Medicare. Se il programma Medicaid ha la possibilità di coprire il pagamento o il rimborso dei suoi premi assicurativi, è necessario presentare la domanda per Medicare come condizione obbligatoria di idoneità a Medicaid. Presentare la domanda per Medicare è

obbligatorio se si è cittadini statunitensi o si è residenti legali e permanenti sul suolo degli Stati Uniti da almeno cinque anni continuativi. Se si è immigrati o non si ha la cittadinanza, in molti casi non è necessario fare domanda per Medicare.

## SEZIONE E Spese di alloggio

Indicare il costo mensile sostenuto per mantenere il proprio alloggio. Questa voce comprende affitto, mutuo mensile o altri pagamenti relativi all'alloggio. In caso di pagamento del mutuo, nell'importo comunicato includere le imposte sul patrimonio. Se il richiedente condivide le spese di alloggio oppure l'affitto è sovvenzionato, comunicare soltanto la PROPRIA parte d'importo versato per l'affitto o il mutuo. Se il richiedente sostiene le spese del consumo idrico, comunicare quanto paga e con quale frequenza.

## Sezione F Non vedenti, disabili, malati cronici o ricoverati in casa di cura

Queste domande ci permetteranno di stabilire quali siano i programmi più adatti ai vari richiedenti e quali servizi saranno necessari. Una persona disabile, affetta da una malattia grave o con spese mediche per importi elevati potrebbe avere diritto ad ulteriori servizi sanitari. Una persona viene considerata con disabilità se le proprie attività quotidiane sono limitate a causa di una malattia o patologia che perdura o si prevede perdurerà per almeno 12 mesi. Se il richiedente è non vedente, disabile, malato cronico o ha bisogno di assistenza in casa di cura, deve compilare il supplemento A. Se il richiedente, chiunque esso sia, non è non vedente, disabile, malato cronico o non ha bisogno di assistenza in casa di cura, passare alla sezione G.

## SEZIONE G Altre domande in materia sanitaria

Se il richiedente ha fatture mediche (saldate o non saldate) relative all'ultimo trimestre, Medicaid potrebbe essere in grado di sostenerne il costo. Comunicare per chi sono le fatture e a quali mesi si riferiscono. Allegare copie delle fatture mediche alla presente domanda. Nota: il trimestre inizia quando il Department of Social Services locale riceve la domanda del richiedente oppure quando il richiedente incontra l'Assistor incaricato di aiutarlo con la procedura d'iscrizione. Sarà inoltre necessario comunicare il proprio reddito in ciascun mese trascorso per cui si hanno fatture mediche, in modo tale da permetterci di verificare l'idoneità del richiedente nel periodo in questione. Ci interessa anche sapere dove ha vissuto il richiedente nel corso dell'ultimo trimestre, perché questo può influire sulla nostra possibilità di saldare le vecchie fatture. Chiederemo informazioni anche su eventuali vertenze giudiziarie pendenti o problemi di salute provocati da terzi, in modo da sapere se i costi dell'assistenza medica a carico del richiedente debbano essere sostenuti in parte da qualcun altro.



## SEZIONE H Genitore o coniuge che non vive in casa o deceduto

- **Nel caso in cui il richiedente abbia un coniuge o genitore assente, compilare questa sezione per permetterci di verificare la disponibilità di assistenza medica a favore suo o di suo figlio.**
- **Se si è in gravidanza, non è necessario rispondere a queste domande fino a 60 giorni dopo la nascita del figlio.** Tutti gli altri richiedenti di almeno 21 anni di età devono essere disposti a fornire informazioni sul genitore di un richiedente minorenni o su un coniuge che vive fuori casa ai fini dell'idoneità all'assicurazione sanitaria, tranne che per giusta causa. Un esempio di giusta causa è il timore di subire ripercussioni fisiche o emotive verso se stessi o i propri familiari. La domanda 2 fa riferimento al **GENITORE** di un richiedente che abbia meno di 21 anni. La domanda 3 fa riferimento al **CONIUGE** del richiedente.
- **Se il genitore richiedente non è disposto a fornire queste informazioni, il figlio minorenni potrebbe risultare comunque idoneo a Medicaid.**

## SEZIONE I Scelta del programma sanitario

**Che cos'è un programma sanitario?** Se il richiedente risulta idoneo a Medicaid, è possibile che debba ottenere assistenza sanitaria tramite un programma sanitario di assistenza gestita. Un piano sanitario di assistenza gestita fornisce servizi di alta qualità attraverso una rete dedicata di medici, cliniche, ospedali e farmacie. Quando entra a far parte di un programma, il richiedente sceglie un medico di quel programma (Primary Care Provider o PCP, ovvero fornitore di assistenza sanitaria primaria) affinché si prenda cura delle sue esigenze di routine. Per mantenere il proprio medico curante, invece, occorre scegliere il programma entro il quale opera il medico stesso. I programmi sanitari di assistenza gestita si incentrano sulle cure preventive in modo che disturbi di poco conto non si trasformino in problemi gravi. Se si ha bisogno di uno specialista, è compito del proprio PCP indicarne uno nell'ambito del proprio programma sanitario.

**Chi è tenuto a scegliere un programma sanitario? LA MAGGIOR PARTE** delle persone idonee a Medicaid **DEVE** scegliere un programma sanitario per godere di molte delle prestazioni di Medicaid. Tutte le informazioni necessarie a questo proposito sono contenute nel presente documento.

### **Come faccio a sapere quale programma sanitario scegliere e se posso iscrivermi?**

Nel caso di Medicaid, per sapere come funzionano nei dettagli i programmi di assistenza gestita, se sia necessario iscriversi e come scegliere un determinato programma, è sufficiente rivolgersi a **Medicaid CHOICE** al numero **1-800-505-5678**, oppure chiamare o recarsi presso il proprio Department of Social Services locale. Basterà chiedere un "Managed Care Education Packet", ovvero un pacchetto formativo sull'assistenza gestita. Maggiori informazioni sui programmi sanitari sono disponibili anche sul sito del New York State Department of Health all'indirizzo **www.nyhealth.gov**. È inoltre possibile iscriversi telefonicamente al numero **1-800-505-5678**.

**NOTA:** se il richiedente o un familiare dello stesso risultano idonei a Medicaid e sono nativi americani o nativi dell'Alaska, non è necessario iscriversi a un programma di assistenza sanitaria. Il richiedente **verrà** comunque iscritto nel programma di assistenza sanitario scelto, a meno che non spunti la casella contenuta nella domanda contraria all'iscrizione o non ci comunichi che non desidera essere iscritto telefonando o scrivendo al proprio Department of Social Services locale.

## SEZIONE J Firma

Leggere con attenzione sia il paragrafo contenuto nella presente sezione sia la sezione su **Termini, diritti e responsabilità**. Quindi firmare e datare la domanda. Si prega di spedire la domanda presso il Department of Social Services locale nella contea di residenza.

# DOCUMENTI RICHIESTI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ASSICURAZIONE SANITARIA

Nome richiedente \_\_\_\_\_

Data domanda \_\_\_\_\_

**\* Non sarà possibile completare l'iscrizione fino alla ricezione 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 ELENCATI. Abbiamo bisogno soltanto dei documenti relativi al richiedente. Nel caso non fossimo in grado di verificare la cittadinanza statunitense e l'identità del richiedente in maniera elettronica tramite i database federali, il richiedente dovrà fornire a riprova la relativa documentazione. Si prega di non spedire via posta documenti originali relativi alla cittadinanza statunitense o all'identità del richiedente. È possibile allegare alla domanda le copie dei documenti necessari a comprovare l'idoneità del richiedente o consegnare le suddette copie di persona presso il Department of Social Services locale. Si prega di contattare il Department of Social Services locale oppure chiamare il numero 1-800-698-4543 per ricevere indicazioni su dove presentare questi documenti.

**È necessario fornire una prova della propria identità, dello status di immigrazione e/o della cittadinanza statunitense e della data di nascita.**

È possibile presentare UNO dei documenti seguenti come dimostrazione di cittadinanza statunitense, identità e data di nascita:

- Passaporto/carta d'identità statunitense
- Certificato di naturalizzazione (moduli DHS N-550 o N-570)
- Certificato di cittadinanza statunitense (moduli DHS N-560 o N-561)
- Patente di guida del New York State del tipo EDL (Enhanced Driver's License)
- Certificato di una tribù nativo-americana riconosciuta a livello federale

Se il richiedente non è in possesso di nessuno dei documenti summenzionati, è possibile usare UNO dei documenti elencati nella sezione sulla cittadinanza statunitense e UNO dei documenti elencati nella sezione sull'identità al fine di comprovare il proprio status di cittadinanza o la propria identità.

L'elenco non è completo. Se non si dispone di uno di questi documenti, consultare la sezione "Per ricevere assistenza" nelle istruzioni.

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

**Cittadinanza statunitense** (è necessario fornire uno dei seguenti documenti)

- Certificato di nascita statunitense\*
- 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)
- Documentazione scolastica/religiosa\*
- Stato di servizio militare indicante il luogo di nascita negli Stati Uniti
- Sentenza di adozione definitiva
- Documentazione comprovante l'idoneità alla cittadinanza statunitense in base alla Child Citizenship Act (Legge sulla cittadinanza dei minori) del 2000

**E**

**Identità** (è necessario fornire uno dei seguenti documenti)

- Licenza 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 tessera rilasciata dalla Guardia Costiera della Marina mercantile degli Stati Uniti
- Carta d'identità scolastica con fotografia (può anche riportare la data di nascita)
- Certificato di appartenenza a sangue indiano (Degree of Indian Blood) o documento di tribù nativa dell'Alaska o nativo-americana con fotografia
- Documentazione verificata proveniente da scuola, asilo o assistenza diurna (per i minori di 18 anni) (può anche riportare la data di nascita)
- Documentazione proveniente da ospedale, medico, clinica (per i minori di 18 anni)\*

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

- Certificato di matrimonio
- NYS Benefit Identification Card

**\*Si prega di consegnare tutti i documenti necessari entro la data seguente:** \_\_\_\_\_

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

# DOCUMENTI RICHIESTI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ASSICURAZIONE SANITARIA

## Se non si è cittadini statunitensi

L'elenco seguente comprende alcuni dei più comuni moduli degli United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) utilizzati per dimostrare il proprio status di immigrazione.

L'elenco non è completo. Se non si dispone di uno di questi documenti, consultare la sezione "Per ricevere assistenza" nelle istruzioni.

Abbiamo bisogno di prendere visione di **UNO** dei documenti seguenti come dimostrazione di status di immigrazione, identità e data di nascita. È necessario fornire una prova per tutti e tre.

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

### Status di immigrazione/Identità

- Carta di residenza permanente I-551 ("Carta verde")\*
- Carta di autorizzazione all'impiego I-688B o I-766\*

### Stato immigrazione, ma necessario ulteriore documento d'identità

- Documento arrivo/partenza I-94\*
- Modulo USCIS I-797 "Notice of Action"

### Data di nascita/identità, ma necessario ulteriore documento sullo status di immigrazione

- Visto
- Passaporto statunitense

**Indirizzo abitazione: questo indirizzo deve corrispondere all'indirizzo dell'abitazione inserito nella sezione A della domanda. La prova deve riportare una data che rientri in un periodo di sei mesi dalla firma della domanda.**

- Ricevuta affitto/lettera/locazione del locatore con l'indirizzo di casa del richiedente
- Bolletta gas, elettricità, telefono, TV cavo, combustibile o acqua
- Dichiarazione mutuo o imposte sul patrimonio
- Patente di guida (se rilasciata nell'ultimo semestre)
- Carta d'identità governativa con indirizzo
- Cartolina o plico con timbro postale (inutilizzabile se inviato a casella postale)

**PROVA DEL REDDITO ATTUALE O DEL REDDITO CHE IL RICHIEDENTE POTREBBE PERCEPIRE IN FUTURO, AD ESEMPIO SUSSIDI DI DISOCCUPAZIONE O VERTENZA GIUDIZIARIA:** presentare una lettera, una dichiarazione scritta o una copia di assegno o di matrici di assegno (buste paga) del datore di lavoro, del soggetto o dell'agenzia che elargisce il reddito. **NON È NECESSARIO PRESENTARE TUTTI QUESTI DOCUMENTI. Sono necessari soltanto quelli applicabili al caso del richiedente e di chi vive insieme a quest'ultimo.**

**Viene richiesta una prova per ogni tipologia di reddito percepito. Presentare la prova più recente del reddito al lordo delle imposte e di ogni altra detrazione. Tale prova deve riportare la data, il nome del dipendente e il reddito lordo per il periodo di retribuzione, in riferimento alle ultime quattro settimane e a prescindere dal fatto che si sia retribuiti ogni settimana, ogni due settimane o ogni mese. È importante che la documentazione sia aggiornata.**

### Stipendi e salari

- Buste paga
- Lettera di datore di lavoro su carta intestata aziendale, con data e firma
- Documenti buste paga/aziendali

### Lavoro autonomo

- Dichiarazione dei redditi aggiornata con data e firma e tutti gli allegati
- Registros di entrate e spese/ documenti aziendali

### Sussidi disoccupazione

- Certificato/lettera d'assegnazione
- Dichiarazione sussidi mensili del NYS Department of Labor
- Copia stampata delle informazioni sul conto del ricevente dal sito web del NYS Department of Labor ([www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov))
- Copia di carta pagamento diretto con documenti relativi stampati
- Corrispondenza del NYS Department of Labor

### Rendite/Pensioni private

- Rendiconto pensione/rendita

### Previdenza sociale

- Certificato/lettera d'assegnazione
- Dichiarazione sussidi annuali
- Corrispondenza della Social Security Administration

### Indennità per infortunio sul lavoro

- Lettera d'assegnazione
- Matrice assegno

### Alimenti/Supporto figli

- Lettera di chi fornisce il supporto
- Lettera del tribunale
- Matrice assegno alimenti/supporto figli
- Copia NY EPPICard con relativi documenti stampati
- Copia informazioni sul conto per supporto figli da [www.childsupport.ny.gov](http://www.childsupport.ny.gov)
- Copia estratto conto bancario con accredito diretto

### Indennità reduci di guerra

- Lettera d'assegnazione
- Matrice assegno indennità
- Corrispondenza dei Veterans Affairs

### Salario esercito

- Lettera d'assegnazione
- Matrice assegno

### Reddito da affitto o alloggio/vitto

- Lettera di pensionante, inquilino, locatario
- Matrice assegno

### Interessi/Dividendi/Royalty

- Estratto conto recente di banca, cooperativa di credito o istituto finanziario
- Lettera del mediatore
- Lettera dell'agente
- 1099 o dichiarazione dei redditi (se non esiste altra documentazione disponibile)

# DOCUMENTI RICHIESTI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ASSICURAZIONE SANITARIA

**Se il richiedente sostiene delle spese per l'assistenza di figli o di un adulto non autosufficiente mentre è al lavoro, presentare uno dei documenti seguenti:**

- Dichiarazione scritta di centro d'assistenza diurna o altro fornitore di servizi per bambini/adulti
- Assegni incassati o ricevute comprovanti i pagamenti effettuati

**Se il richiedente o il suo coniuge versano una somma di supporto per ordinanza del tribunale, presentare il documento seguente:**

- Ordinanza del tribunale

**Prova di assicurazione sanitaria. Presentare i documenti del caso:**

- Prova di assicurazione attualmente in vigore (polizza assicurativa, certificato assicurativo o tessera assicurazione)
- Lettera di risoluzione assicurazione sanitaria
- Tessera Medicare (rossa, bianca e blu)
- Documento di conferma domanda Medicare
- Lettera di assegnazione o rifiuto Medicare

**Se il richiedente ha fatture mediche relative all'ultimo trimestre, fornire tutti i documenti seguenti (se del caso):**

Per stabilire l'idoneità in relazione alle spese mediche sostenute nell'ultimo trimestre:

- Prova del reddito per il mese o i mesi in cui sono state sostenute le spese
- Prova dell'indirizzo di residenza/abitazione per il mese o i mesi in cui sono state sostenute le spese, se diverso da quello indicato nella sezione A della presente domanda
- Fatture mediche relative all'ultimo trimestre, saldate o meno

**Risorse (soltanto se il richiedente ha 65 anni compiuti, è non vedente/disabile e non vive con figli di età inferiore a 21 anni):**

- Documenti bancari: conto corrente, risparmi, pensione (IRA e Keogh)
- Documenti relativi ad azioni, obbligazioni, certificati
- Copia polizza assicurazione sulla vita
- Copia di fondo spese funebri o atto terreno sepoltura o accordo esequie
- Atto per beni immobili diversi da residenza

**Prova di status di studente per studenti universitari, se occupati:**

- Copia del programma di studi
- Dichiarazione del college o dell'università
- Altra corrispondenza di college/università indicante lo status di studente



# ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid

Scrivere in stampatello con inchiostro blu o nero. La domanda deve essere compilata in ogni sua parte. In caso contrario non potrà essere elaborata, causando un ritardo nella decisione.

## SEZIONE A

### Informazioni sul richiedente

Abbiamo bisogno di sapere chi è il richiedente e come possiamo contattarlo.

<b>Nome</b>		<b>Iniz. sec. nome</b>	<b>Cognome</b>	
<b>N. telefonico principale</b>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cellulare <input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> Altro	<b>N. telefonico alternativo</b>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cellulare <input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> Altro	<b>Lingua:</b> parlata scritta
<b>INDIRIZZO ABITAZIONE</b> delle persone che richiedono l'assicurazione sanitaria <b>INVIARE PROVA</b>		<b>Via</b>	<b>N. app.</b>	
<input type="checkbox"/> Spuntare questa casella, se senza fissa dimora		<b>CITTÀ</b>	<b>Stato</b>	<b>CAP</b> <b>Contea</b>
<b>INDIRIZZO POSTALE</b> delle persone che richiedono l'assicurazione sanitaria, se diverso da quello summenzionato.		<b>Via</b>	<b>N. app.</b>	
		<b>CITTÀ</b>	<b>Stato</b>	<b>CAP</b>
<b>FACOLTATIVO:</b> Nel caso in cui il richiedente desideri che un'altra persona riceva le comunicazioni Medicaid sul suo conto, indicare i suoi dati. Desidero che questa persona:		<b>Nome</b>	<b>Stato</b>	
<input type="checkbox"/> Richieda e/o rinnovi Medicaid per me		<b>Via</b>	<b>N. app.</b>	<b>CAP</b>
<input type="checkbox"/> Discuta del mio caso o della mia domanda Medicaid, se necessario		<b>CITTÀ</b>	<b>N. telefonico</b>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cellulare <input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Riceva le comunicazioni e la corrispondenza				

## Avviso importante

### Formati alternativi per gli avvisi a disposizione dei richiedenti non vedenti o ipovedenti

Se il richiedente è non vedente o ipovedente e ha bisogno di ricevere informazioni in un formato alternativo, può scegliere il tipo di comunicazione che desidera ricevere da noi per posta.

- Avviso standard e avviso a caratteri grandi
- Avviso standard e avviso in formato CD dati
- Avviso standard e avviso in formato CD audio
- Avviso standard e avviso in Braille, se si ritiene che nessuno degli altri formati alternativi sia adeguato al caso

Se il richiedente vive nel nucleo familiare, può iniziare con le informazioni su se stesso. In caso contrario, con uno qualsiasi degli adulti che fanno parte del nucleo familiare.

**LE DOMANDE PER SUSSIDI GESTITI DAL PROGRAMMA MEDICAID DEL NEW YORK STATE (COMPRESI IL PROGRAMMA MEDICARE SAVINGS E IL PROGRAMMA FAMILY PLANNING BENEFIT) SONO DISPONIBILI NEI FORMATI IN CARATTERI GRANDI E DATI. LE VERSIONI IN FORMATO AUDIO E BRAILLE DELLE DOMANDE SONO DISPONIBILI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE A SCOPI INFORMATIVI.**

## SEZIONE B Informazioni familiari

Se il richiedente vive nel nucleo familiare, può iniziare con le informazioni su se stesso. In caso contrario, con uno qualsiasi degli adulti che fanno parte del nucleo familiare. Elencare i nomi completi delle persone che richiedono o già ricevono Medicaid, e il numero di identificazione della loro Benefit Card o la tessera di identificazione del programma sanitario. È **obbligatorio** fornire informazioni sui familiari, compresi: genitori, patrigno/matrigna e coniugi. È anche possibile fornire informazioni su altri membri della famiglia, ad esempio minorenni a carico di età inferiore ai 21 anni. **Le informazioni sugli altri componenti della famiglia potrebbero permetterci di assegnare al richiedente un livello di idoneità più alto. Le persone in gravidanza e i minori di 19 anni possono essere idonei all'assicurazione sanitaria, a prescindere dallo status di immigrazione.** Il New York State garantisce a tutti il diritto di accedere ai sussidi e ai servizi statali, a prescindere dal sesso, dall'identità o dall'espressione di genere. Se il richiedente desidera fornire questo tipo di informazione su se stesso o sui membri della sua unità familiare, si prega di compilare anche la sezione sull'identità di genere.

	Data di nascita <b>INVIARE PROVA</b> Sesso	*Identità di genere (facoltativo)	Questa persona ha presentato domanda per ottenere l'assicurazione sanitaria?	Questa persona è in gravidanza?	Questa persona è il genitore di un richiedente minorenne?	Qual è il rapporto con la persona indicata nella casella 1?	Se questa persona ha o aveva una copertura sanitaria pubblica in passato, spuntare la casella corrispondente.	N. previdenza sociale (se del caso)	Spuntare la casella che indica lo status attuale di immigrazione o cittadinanza. <b>INVIARE PROVA</b>	*Identità di razza/ Gruppo etnico (facoltativo)	**Ha usufruito di servizi dall'IHS o altro programma simile?
1	____/____/____ <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> Non binario/ Non conforme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transessuale <input type="checkbox"/> Altro tipo di identità Descrivere la propria identità (facoltativo). _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	ME MEDESIMO	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus N. ID Benefit Card/ tessera programma sanitario, se noto:		<input type="checkbox"/> Cittadinanza statunitense <input type="checkbox"/> Immigrante/non cittadino Indicare la data in cui si è ricevuto il proprio status di immigrazione ____/____/____ MM GG AAAA <input type="checkbox"/> Non immigrante (titolare di visto) <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti	<input type="checkbox"/> B - Nera o afroamericana <input type="checkbox"/> I - Nativa americana o nativa dell'Alaska <input type="checkbox"/> W - Bianca <input type="checkbox"/> U - Sconosciuta <input type="checkbox"/> **A - Asiatica <input type="checkbox"/> **U - Nativa delle Hawaii o di altra isola del Pacifico *Altri AAPI _____ Indicare anche se si è ispanici o latini <input type="checkbox"/> H - Ispanico o latino	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2	____/____/____ <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> Non binario/ Non conforme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transessuale <input type="checkbox"/> Altro tipo di identità Descrivere la propria identità (facoltativo). _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus N. ID Benefit Card/ tessera programma sanitario, se noto:		<input type="checkbox"/> Cittadinanza statunitense <input type="checkbox"/> Immigrante/non cittadino Indicare la data in cui si è ricevuto il proprio status di immigrazione ____/____/____ MM GG AAAA <input type="checkbox"/> Non immigrante (titolare di visto) <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti	<input type="checkbox"/> B - Nera o afroamericana <input type="checkbox"/> I - Nativa americana o nativa dell'Alaska <input type="checkbox"/> W - Bianca <input type="checkbox"/> U - Sconosciuta <input type="checkbox"/> **A - Asiatica <input type="checkbox"/> **U - Nativa delle Hawaii o di altra isola del Pacifico *Altri AAPI _____ Indicare anche se si è ispanici o latini <input type="checkbox"/> H - Ispanico o latino	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

**INVIARE PROVA** Fare riferimento ai "Documenti richiesti per la presentazione della domanda di assicurazione sanitaria" nelle istruzioni (pagine 4-6) e alla lista dei documenti per l'assicurazione sanitaria per avere un elenco dei documenti comprovanti identità, cittadinanza o status d'immigrazione.

\*Identità di genere: l'identità di genere corrisponde alla percezione di sé e al modo in cui si preferisce essere definiti in tal senso. Può corrispondere o meno al sesso assegnato alla nascita.

\*\*Se ha selezionato A- asiatica, o P- Nativa delle Hawaii o di altra isola del Pacifico, veda le informazioni seguenti su Altri AAPI.

\*Altri gruppi etnici asiatici americani/isole del Pacifico (facoltativo) - Si prega di identificare il sottogruppo AAPI. I sottogruppi all'interno di questa comunità includono, a titolo esemplificativo, ma non limitativo: Cinese, giapponese, filippino, coreano, vietnamita, cambogiano, indonesiano, pakistano, srilanchese, taiwanese, nativo hawaiano, samoano, tongano, guamense o chamorro, marshallese, figiano e altri.

††Il componente del suo nucleo familiare ha mai usufruito di un servizio offerto dagli Indian Health Services, da un Tribal Health Program, da un Urban Indian Health Program o di una consulenza mediante gli IHS o uno di questi programmi?

**SEZIONE B**

**Informazioni familiari**

Continua dalla pagina precedente

	Data di nascita <b>INVIARE PROVA</b> Sesso	*Identità di genere (facoltativo)	Questa persona ha presentato domanda per ottenere l'assicurazione sanitaria? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Questa persona è in gravidanza? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Questa persona è il genitore di un richiedente minore? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Qual è il rapporto con la persona indicata nella casella 1?	Se questa persona ha o aveva una copertura sanitaria pubblica in passato, spuntare la casella corrispondente. <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus N. ID Benefit Card/ tessera programma sanitario, se noto:	N. previdenza sociale (se del caso)	Spuntare la casella che indica lo status attuale di immigrazione o cittadinanza. <b>INVIARE PROVA</b> <input type="checkbox"/> Cittadinanza statunitense <input type="checkbox"/> Immigrante/non cittadino Indicare la data in cui si è ricevuto il proprio status di immigrazione MM / GG / AAAA <input type="checkbox"/> Non immigrante (titolare di visto) <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti	*Identità di razza/ Gruppo etnico (facoltativo)	**Ha usufruito di servizi dall'IHS o altro programma simile? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>3</b>	Nome di battesimo, secondo nome, cognome Nome completo da nubile (nome della persona alla nascita, prima di sposarsi) Città Stato di nascita      Nazione di nascita	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> Non binario/ Non conforme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transessuale <input type="checkbox"/> Altro tipo di identità Descrivere la propria identità (facoltativo).	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus N. ID Benefit Card/ tessera programma sanitario, se noto:		<input type="checkbox"/> Cittadinanza statunitense <input type="checkbox"/> Immigrante/non cittadino Indicare la data in cui si è ricevuto il proprio status di immigrazione MM / GG / AAAA <input type="checkbox"/> Non immigrante (titolare di visto) <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti	<input type="checkbox"/> B - Nera o afroamericana <input type="checkbox"/> I - Nativa americana o nativa dell'Alaska <input type="checkbox"/> W - Bianca <input type="checkbox"/> U - Sconosciuta <input type="checkbox"/> **A - Asiatica <input type="checkbox"/> **U - Nativa delle Hawaii o di altra isola del Pacifico *Altri AAPI Indicare anche se si è ispanici o latini <input type="checkbox"/> H - Ispanico o latino	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>4</b>	Nome di battesimo, secondo nome, cognome Nome completo da nubile (nome della persona alla nascita, prima di sposarsi) Città Stato di nascita      Nazione di nascita	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> Non binario/ Non conforme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transessuale <input type="checkbox"/> Altro tipo di identità Descrivere la propria identità (facoltativo).	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus N. ID Benefit Card/ tessera programma sanitario, se noto:		<input type="checkbox"/> Cittadinanza statunitense <input type="checkbox"/> Immigrante/non cittadino Indicare la data in cui si è ricevuto il proprio status di immigrazione MM / GG / AAAA <input type="checkbox"/> Non immigrante (titolare di visto) <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti	<input type="checkbox"/> B - Nera o afroamericana <input type="checkbox"/> I - Nativa americana o nativa dell'Alaska <input type="checkbox"/> W - Bianca <input type="checkbox"/> U - Sconosciuta <input type="checkbox"/> **A - Asiatica <input type="checkbox"/> **U - Nativa delle Hawaii o di altra isola del Pacifico *Altri AAPI Indicare anche se si è ispanici o latini <input type="checkbox"/> H - Ispanico o latino	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>5</b>	Nome di battesimo, secondo nome, cognome Nome completo da nubile (nome della persona alla nascita, prima di sposarsi) Città Stato di nascita      Nazione di nascita	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> Non binario/ Non conforme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transessuale <input type="checkbox"/> Altro tipo di identità Descrivere la propria identità (facoltativo).	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus N. ID Benefit Card/ tessera programma sanitario, se noto:		<input type="checkbox"/> Cittadinanza statunitense <input type="checkbox"/> Immigrante/non cittadino Indicare la data in cui si è ricevuto il proprio status di immigrazione MM / GG / AAAA <input type="checkbox"/> Non immigrante (titolare di visto) <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti	<input type="checkbox"/> B - Nera o afroamericana <input type="checkbox"/> I - Nativa americana o nativa dell'Alaska <input type="checkbox"/> W - Bianca <input type="checkbox"/> U - Sconosciuta <input type="checkbox"/> **A - Asiatica <input type="checkbox"/> **U - Nativa delle Hawaii o di altra isola del Pacifico *Altri AAPI Indicare anche se si è ispanici o latini <input type="checkbox"/> H - Ispanico o latino	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

È presente un reduce di guerra nel nucleo familiare del richiedente?     Sì     No    Se sì, nome: \_\_\_\_\_

**INVIARE PROVA** Fare riferimento ai "Documenti richiesti per la presentazione della domanda di assicurazione sanitaria" nelle istruzioni (pagine 4-6) e alla lista dei documenti per l'assicurazione sanitaria per avere un elenco dei documenti comprovanti identità, cittadinanza o status d'immigrazione.

\*Identità di genere: l'identità di genere corrisponde alla percezione di sé e al modo in cui si preferisce essere definiti in tal senso. Può corrispondere o meno al sesso assegnato alla nascita.  
 \*\*Se ha selezionato A- asiatica, o P- Nativa delle Hawaii o di altra isola del Pacifico, veda le informazioni seguenti su Altri AAPI.  
 \*Altri gruppi etnici asiatici americani/isole del Pacifico (facoltativo) - Si prega di identificare il sottogruppo AAPI. I sottogruppi all'interno di questa comunità includono, a titolo esemplificativo, ma non limitativo: Cinese, giapponese, filippino, coreano, vietnamita, cambogiano, indonesiano, pakistano, srilanchese, taiwanese, nativo hawaiano, samoano, tongano, guamense o chamorro, marshallese, figiano e altri.  
 ††Il componente del suo nucleo familiare ha mai usufruito di un servizio offerto dagli Indian Health Services, da un Tribal Health Program, da un Urban Indian Health Program o di una consulenza mediante gli IHS o uno di questi programmi?

## SEZIONE C

## Reddito familiare

Indicare le tipologie di pagamento e gli importi ricevuti da tutti i soggetti elencati nella sezione B e **INVIARE PROVA**

**Reddito da lavoro:** comprende stipendi, salari, commissioni, mance, straordinari, lavoro autonomo. Se il richiedente è lavoratore autonomo, spuntare questa casella:  In caso di assenza di reddito da lavoro, spuntare questa casella:

Nome della persona	Tipologia di reddito/Nome datore di lavoro	Importo: (al lordo delle imposte)	Frequenza: (settimanale, mensile, ecc.)

**Reddito da capitale:** comprende i sussidi Social Security Benefits, disabilità, disoccupazione, interessi e dividendi, indennità reduci di guerra, indennità per infortuni sul lavoro, alimenti/pagamenti supporto figli, reddito da locazione, pensione, rendite e reddito da conto fiduciario. In caso di assenza di reddito da capitale spuntare questa casella:

Nome della persona	Tipologia/fonte di reddito	Importo: (al lordo delle imposte)	Frequenza: (settimanale, mensile, ecc.)

**Contributi economici:** da parenti o amici, pensionanti o inquilini (comprende i contributi economici ricevuti ogni mese per far fronte alle spese di sostentamento). In caso di assenza di contributi spuntare questa casella:

Nome della persona	Tipologia/fonte di reddito	Importo: (al lordo delle imposte)	Frequenza: (settimanale, mensile, ecc.)

**Altro:** Temporary (cash) Assistance, versamenti Supplemental Security Income (SSI), prestiti per studenti o borse di studio. In assenza di queste voci, spuntare questa casella:

Nome della persona	Tipologia/fonte di reddito	Importo: (al lordo delle imposte)	Frequenza: (settimanale, mensile, ecc.)

Il richiedente o un adulto richiedente indicato nella sezione B non percepisce alcun reddito?

- Se il richiedente non percepisce alcuno dei redditi summenzionati, spiegare in che modo si affrontano le spese (ad esempio, ospite di un amico o parente)
- Il richiedente ha cambiato lavoro o smesso di lavorare nel corso dell'ultimo trimestre?
 

Se sì: ultimo impiego:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Data	/	/	Nome datore di lavoro:
------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------	---	---	------------------------
- Il richiedente è uno studente iscritto a un programma professionale, universitario o di istruzione superiore post-laurea?
 

Se sì:	<input type="checkbox"/> A tempo pieno	<input type="checkbox"/> A tempo parziale	<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Post-laurea	Nome dello studente: _____
--------	--	---	--	--------------------------------------	----------------------------
- Il richiedente deve sostenere spese per l'assistenza ai figli (o a un adulto disabile) per poter lavorare o frequentare scuola/università/corsi?  No  Sì
 

Nome minore/adulto:	Importo \$	Frequenza (settimanale, bisettimanale, mensile)
Nome minore/adulto:	Importo \$	Frequenza (settimanale, bisettimanale, mensile)
Nome minore/adulto:	Importo \$	Frequenza (settimanale, bisettimanale, mensile)
- Anche se il richiedente non risulta idoneo alla copertura di Medicaid, potrebbe essere idoneo al Family Planning Benefit Program. Desidera ricevere soltanto le prestazioni relative ai Family Planning Services?  No  Sì
- Il richiedente o il suo coniuge versano una somma di supporto per ordinanza del tribunale?  No  Sì
 

Nome	Importo \$
------	------------



**SEZIONE D****Assicurazione sanitaria**

Il richiedente e la sua famiglia potrebbero essere comunque idonei, anche se hanno un'altra assicurazione sanitaria.

1. Il richiedente gode già dei servizi Medicare?  No  Sì **INVIARE PROVA** Se sì, allegare una copia della tessera (rossa, bianca e blu) per ciascun beneficiario Medicare. Compilare il resto della presente domanda e il Supplemento A.
- Se no, e il richiedente è affetto da insufficienza renale cronica (malattia renale cronica in fase terminale/ESRD) o sclerosi laterale amiotrofica (ALS), ha già compiuto 65 anni o li compirà nei tre mesi successivi alla domanda, e non è iscritto a Medicare, deve presentare domanda di iscrizione a Medicare e fornire la relativa prova. Presentare la domanda di iscrizione a Medicare, per alcune persone, è una condizione obbligatoria di idoneità per Medicaid. Si prega di fare riferimento alle pagine 2-3 (Sezione D) per avere informazioni aggiuntive sui requisiti di idoneità.

Nota: se il richiedente sta presentando domanda unicamente per il Medicare Savings Program (MSP), passare alla Sezione G. NON è necessario compilare il Supplemento A.

2. Il richiedente ha già un'altra assicurazione sanitaria commerciale, compresa un'assicurazione sanitaria a lungo termine?  No  Sì **INVIARE PROVA** Se sì, inviare una copia (fronte e retro) della tessera dell'assicurazione con la presente domanda.

Nome dell'assicurato (intestatario):

Persone coperte dall'assicurazione:

Costo della polizza:

Data termine copertura, se prossima: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mese                      Giorno                      Anno

3. Il lavoro che svolge attualmente il richiedente offre l'assicurazione sanitaria?  No  Sì **Potremmo essere in grado di sostenere una parte della spesa.** Se sì, provvederemo ad inviare al richiedente il modulo "Request for Information Employer Sponsored Health Insurance" (Richiesta di informazioni su assicurazione sanitaria finanziata dal datore di lavoro).

**SEZIONE E****Spese di alloggio**

1. Pagamento mensile per alloggio, ad esempio affitto o mutuo, comprese le imposte sul patrimonio (soltanto la parte del richiedente) \$

2. Se il consumo idrico viene pagato a parte, qual è l'importo? \$

**INVIARE PROVA**

Con quale frequenza vengono effettuati i pagamenti?  Ogni mese  Due volte l'anno  Quattro volte l'anno  Una volta l'anno

3. Il richiedente gode di alloggio gratuito come parte della sua retribuzione?  No  Sì

**SEZIONE F****Non vedenti, disabili, malati cronici o ricoverati in casa di cura**

Queste domande ci aiuteranno a stabilire quale sia il programma migliore per i richiedenti.

**Se nessuno dei richiedenti è non vedente, disabile, malato cronico o in casa di cura, STOP passare alla sezione G.**

1. Il richiedente o chi vive con il richiedente e ha presentato domanda, si trova attualmente in una struttura sanitaria residenziale o riceve assistenza in ospedale, casa di cura o altro istituto medico?  No  Sì Se sì, compilare la presente domanda E il Supplemento A.
2. Il richiedente, o una persona che vive con il richiedente, è non vedente, disabile o malato cronico?  No  Sì Se sì, compilare la presente domanda E il Supplemento A.

Nota: se si sta richiedendo soltanto il Programma di risparmi Medicare, passare alla sezione G. Non è necessario compilare il Supplemento A.

## SEZIONE G Altre domande in materia sanitaria

1. Il richiedente o chiunque presenti domanda è in possesso di fatture per prestazioni mediche o prescrizioni, saldate o non saldate, relativamente a questo mese oppure al trimestre precedente? Medicaid potrebbe essere in grado di saldare le fatture oppure rimborsarle.  No  Sì Se sì, indicare il nome: \_\_\_\_\_  
A quale mese o a quali mesi del trimestre precedente fanno riferimento le fatture mediche? \_\_\_\_\_
- INVIARE PROVA del reddito per ogni mese nel trimestre a cui fanno riferimento le fatture. Se il richiedente ha saldato fatture mediche per cui desidera ottenere il rimborso, inviare le relative copie e una prova del pagamento.**
2. Il richiedente o chiunque presenti domanda ha fatture mediche o relative a prescrizioni non saldate più vecchie del trimestre precedente?  No  Sì
3. Il richiedente, o chiunque viva con il richiedente e abbia presentato la domanda, si è trasferito in questa contea da un altro Stato o dalla contea del New York State nel corso dell'ultimo trimestre?  No  Sì In caso di risposta affermativa, chi? \_\_\_\_\_  
Da quale stato? \_\_\_\_\_  
Da quale contea? \_\_\_\_\_
4. Il richiedente ha una vertenza giudiziaria pendente a causa di lesioni?  No  Sì In caso di risposta affermativa, chi? \_\_\_\_\_
5. Il richiedente gode di un'indennità per infortunio sul lavoro (Workers' Compensation) o lesione, malattia o disabilità provocata da terzi (che potrebbe essere coperta dall'assicurazione)?  No  Sì In caso di risposta affermativa, chi? \_\_\_\_\_

## SEZIONE H

### Genitore o coniuge che non vive con la famiglia o deceduto

Le famiglie che presentano la domanda per i figli e le persone in gravidanza NON sono tenute a compilare questa sezione. Tutti gli altri richiedenti di almeno 21 anni di età devono essere disposti a fornire informazioni sul genitore di un richiedente minorenni o su un coniuge che vive fuori casa ai fini dell'idoneità all'assicurazione sanitaria, tranne che per giusta causa. I minori possono essere idonei anche se un genitore non è disposto a fornire dette informazioni. Se si temono ripercussioni fisiche o emotive a seguito della comunicazione di informazioni su un genitore o coniuge che vive fuori casa, è possibile essere esentati in base a quella che viene denominata **giusta causa**. È anche possibile che venga chiesto di dimostrare una motivazione fondata di tali timori.

1. Il coniuge o genitore del richiedente è deceduto? (In caso di coniuge o genitore deceduto, passare alla domanda 3.)  No  Sì Se sì, indicare il nome del richiedente il cui coniuge o genitore è deceduto: \_\_\_\_\_
2. Un genitore del richiedente minorenni vive fuori casa? (In caso di risposta negativa, passare alla domanda 3)  No  Sì  
Se si temono ripercussioni fisiche o emotive a seguito della comunicazione di informazioni su un genitore o coniuge che vive fuori casa, spuntare questa casella .

Nome del(la) richiedente minorenni:

Nome del genitore che vive fuori casa

Indirizzo attuale o ultimo indirizzo noto:

Via:

Città/Stato:

Data di nascita (se nota): / /

SSN (se noto):

Nome del(la) richiedente minorenni:

Nome del genitore che vive fuori casa

Indirizzo attuale o ultimo indirizzo noto:

Via:

Città/Stato:

Data di nascita (se nota): / /

SSN (se noto):

3. Il richiedente è ancora coniugato con qualcuno che vive fuori casa?  No  Sì Se sì, indicare il nome del richiedente ancora coniugato: \_\_\_\_\_  
Se si temono ripercussioni fisiche o emotive a seguito della comunicazione di informazioni su un genitore o coniuge che vive fuori casa, spuntare questa casella .

Nome del coniuge che vive fuori casa:

Indirizzo attuale o ultimo indirizzo noto:

Via:

Città/Stato:

Data di nascita (se nota): / /

SSN (se noto):

**SEZIONE I****Scelta del programma sanitario**

Queste domande ci aiuteranno a stabilire quale sia il programma migliore per i richiedenti.

Se il richiedente riceve i servizi Medicare, **STOP** ignorare questa sezione.

**IMPORTANTE:** la maggior parte delle persone iscritte a Medicaid deve scegliere un programma sanitario; in caso contrario, il richiedente potrebbe essere iscritto automaticamente a un programma, a meno che non risulti esente. Nel caso in cui si abbia bisogno di informazioni su quali programmi sono disponibili nella propria contea, a quali programmi partecipa il proprio medico e se si è tenuti a parteciparvi, contattare il servizio Medicaid CHOICE di New York al numero 1-800-505-5678, oppure chiamare o recarsi di persona al Department of Social Services locale. Se si conosce già il programma prescelto, utilizzare questa sezione per selezionare il proprio programma.

**NOTA:** nel caso in cui il richiedente o i suoi familiari risultino idonei a Medicaid, saranno iscritti al programma sanitario prescelto. Se il richiedente è nativo americano o nativo dell'Alaska, l'iscrizione a un programma sanitario non è necessaria. Potrà comunicarci che non desidera fare parte di un programma sanitario chiamando o scrivendo al Department of Social Services locale oppure spuntando questa casella .

Cognome	Nome	DATA DI NASCITA	N. di previdenza sociale	Nome del programma sanitario a cui si desidera iscriversi	Medico di preferenza o centro sanitario prescelto (facoltativo) Spuntare la casella se è l'attuale fornitore	OST/GIN (facoltativo)
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

**SEZIONE J****Firma**

Accetto che le informazioni riportate nella presente domanda e nel rinnovo annuale vengano condivise unicamente con Medicaid, gli addetti ai programmi sanitari indicati nella sezione I, il distretto locale dei servizi sociali e l'organizzazione incaricata di aiutare i richiedenti con la procedura d'iscrizione. Autorizzo anche la condivisione delle informazioni con i centri sanitari di tipo scolastico che forniscono servizi ai richiedenti. Sono consapevole che queste informazioni vengono condivise al fine di stabilire l'idoneità dei soggetti che richiedono Medicaid o al fine di valutare il successo dei programmi stessi. Ciascun richiedente adulto è tenuto a firmare la domanda nello spazio sottostante.

**Ho preso visione e compreso i termini, i diritti e le responsabilità riportati alla pagina seguente nel presente opuscolo relativo alla domanda. Dichiaro, sotto giuramento e a pena di falsa testimonianza, che tutti i dati riportati nella presente domanda corrispondono a verità, per quanto di mia conoscenza.**

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente adulto o del rappresentante autorizzato del richiedente

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente adulto o del rappresentante autorizzato del richiedente

**Delega per assistenza sanitaria**

La legge in materia di direttive di delega sanitaria New York Health Care Proxy Law prevede venga indicata una persona di fiducia che il malato sceglie perché prenda decisioni future per suo conto qualora egli sia incapace di farlo. Questa persona di fiducia si definisce "fiduciario".

Per ulteriori informazioni sulla New York State Health Care Proxy Law e per scaricare il modulo per nominare un fiduciario ("proxy form"), visitare il sito del New York State Department of Health all'indirizzo [www.health.ny.gov/professionals/patients/health\\_care\\_proxy](http://www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy)

Per richiedere una copia del modulo inviato via posta, chiamare la linea di assistenza New York State Medicaid Help Line al numero 1-800-541-2831.

# TERMINI, DIRITTI E RESPONSABILITÀ

Compilando e firmando la presente domanda, chiedo di poter accedere ai servizi di Medicaid. Sono consapevole che la presente domanda 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 nelle 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, informerò il Department of Social Services locale, che potrebbe aiutarmi ad ottenere le informazioni.
- Nel caso in cui la domanda sia inoltrata a una sede diversa dal Department of Social Services locale e i miei figli non risultino idonei a Medicaid con la presente domanda, posso contattare il Department of Social Services locale 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 la riservatezza delle informazioni 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.
- Sono consapevole che Medicaid non sosterrà le spese mediche di cui dovrebbe farsi carico l'assicurazione o un altro soggetto; e che, richiedendo Medicaid, concedo all'agenzia tutti i miei diritti a pretendere e 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 a Medicaid non sarà influenzata dalla mia etnia, dal colore della mia pelle o dal mio paese d'origine. Sono inoltre consapevole che, in base ai requisiti del programma, la mia età, sesso, disabilità o cittadinanza potrebbero influenzare la mia idoneità.
- Sono consapevole che, nel caso in cui mio figlio sia iscritto 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 Department of Social Services locale 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 Department of Tax and Finance del New York State ha il diritto di prendere visione delle informazioni relative al reddito incluse nel presente modulo.

## N. previdenza sociale (SSN)

I numeri di previdenza sociale sono necessari per tutti i richiedenti, ad eccezione delle persone in gravidanza e dei cittadini non qualificati. 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 previdenza sociale non sono necessari per i membri della mia famiglia che non richiedono di accedere alle prestazioni. Se l'idoneità al programma dipende dalla quantità di risorse possedute dal coniuge, il SSN di quest'ultimo permette di fare verifiche in tal senso. I numeri di previdenza sociale vengono utilizzati in molti modi, sia nell'ambito del Department of Social Services locale (DSS) sia tra il DSS e le agenzie federali, statali e locali a New York e nelle altre giurisdizioni. Questi numeri servono a 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, nonché verificare le risorse del richiedente e del coniuge non richiedente. I numeri di previdenza sociale 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.

## Soltanto per i richiedenti Medicaid

- Divulgazione di informazioni relative all'istruzione  
Autorizzo il Department of Social Services locale e il New York State a 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 all'Early Intervention Program del New York state, autorizzo il Department of Social Services locale e il New York State 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 l'assistenza, le forniture ed i servizi medici coperti ricevuti durante il trimestre precedente il mese della mia domanda. Successivamente alla data della mia domanda, e fino alla data di ricezione della "Medicaid benefit card" (Common Benefit Identification Card, CBIC), il rimborso delle spese, delle forniture e dei servizi medici necessari coperti sarà possibile **solo** se ottenuto da fornitori iscritti a Medicaid. Tale rimborso, inoltre, non coprirà somme superiori alla tariffa o al canone Medicaid in vigore al momento della prestazione. Sono consapevole che, una volta ricevuta la mia carta CBIC di Medicaid, dovrò rivolgermi esclusivamente a fornitori iscritti al programma di assistenza gestita Medicaid o convenzionati con quest'ultimo al fine di garantire la copertura delle cure mediche e dei servizi; sono inoltre consapevole che il mio fornitore dovrà presentare una richiesta a Medicaid o al programma di assistenza gestita Medicaid per ricevere il pagamento relativo a servizi medici necessari e che non sono previsti rimborsi per le spese mediche effettuate in seguito e pagate personalmente.



## Assistenza gestita da Medicaid

So quali programmi sanitari siano a mia disposizione nell'ambito dell'assistenza sanitaria Medicaid nella mia contea. Sono consapevole che, nel caso in cui io o i miei familiari che sottopongono la richiesta risultiamo idonei a Medicaid e abbiamo l'obbligo di iscriverci a un programma sanitario di assistenza gestita, saremo iscritti al programma sanitario di mia scelta, se ritenuti idonei.

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, sono tenuto a scegliere un fornitore di assistenza sanitaria primaria, denominato Primary Care Provider (PCP), 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 rari casi particolari.

Sono consapevole che, nel caso mi nasca un figlio mentre sono iscritto al programma sanitario di 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:

- da parte del mio PCP, di altri fornitori di assistenza sanitaria o del New York State Department of Health (NYSDOH), al mio programma sanitario e a 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 cure, pagamenti o interventi d'assistenza. Ciò può includere informazioni di natura farmacologica o medica necessarie a gestire i trattamenti di cui usufruisco;
- da parte del mio programma sanitario e i fornitori di assistenza sanitaria, al NYSDOH e ad altre agenzie autorizzate federali, statali e locali per la gestione del programma Medicaid; e
- da parte del mio programma sanitario, ad altre persone o organizzazioni, nei limiti di quanto è ragionevolmente necessario affinché il mio programma sanitario possa garantire cure, pagamenti o interventi d'assistenza.

Accetto che le informazioni divulgate per poter garantire cure, 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 Medicaid, è necessaria la firma di ciascun richiedente adulto ai fini dell'autorizzazione alla divulgazione di informazioni.

## Politica di non discriminazione

Il programma Medicaid del New York State rispetta le leggi statali e federali applicabili in materia di diritti civili e non discrimina in base a etnia, colore della pelle, nazionalità, credo/religione, sesso, età, stato civile, precedenti penali, condanne penali, identità di genere, orientamento sessuale, caratteristiche genetiche predisponenti, servizio militare, status di vittima di violenze domestiche e/o ritorsioni.

Se si ritiene di avere subito discriminazioni da NY State of Health, è possibile presentare un reclamo sul sito [http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/) o inviando un'e-mail al Diversity Management Office presso l'indirizzo [DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov).

È inoltre possibile presentare un reclamo in relazione alla violazione dei diritti civili presso l'Office for Civil Rights dell'U.S. Department of Health and Human Services, online sul sito <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> oppure telefonicamente o a mezzo posta ai seguenti recapiti: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019 (TTY 800-537-7697). I moduli per il reclamo sono disponibili sul sito <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

## Assistenza e servizi aggiuntivi

Il programma Medicaid New York offre assistenza e servizi gratuiti a persone con disabilità per comunicare in modo efficace con noi, come:

- TTY tramite il servizio NY Relay Service
- I non vedenti o le persone con gravi problemi di vista che hanno necessità di ricevere avvisi o altro materiale scritto in formati alternativi (caratteri grandi, CD audio o dati, o Braille) e non risiedono nella contea della Città di New York sono pregati di informarsi presso il Department of Social Services locale. I residenti presso uno dei cinque distretti di New York City possono chiamare l'Human Resources Administration's Office of Constituent Services al numero 212-331-4640. In alternativa, è possibile fare questa richiesta nella Sezione A a pagina 1 della presente domanda.

Il programma NY Medicaid fornisce servizi di assistenza linguistica gratuiti a persone la cui lingua principale non è l'inglese, come:

- Interpreti qualificati
- Informazioni scritte in altre lingue

In caso si abbia necessità di tali servizi o di ricevere maggiori informazioni in tal proposito, e non si risieda nella contea della Città di New York, si prega di informarsi presso il Department of Social Services locale. I residenti presso uno dei cinque distretti di New York City possono chiamare l'Human Resources Administration's Office of Constituent Services al numero 212-331-4640.

## Riservato all'ufficio di competenza

### Spazio riservato alla persona che fornisce assistenza al richiedente

Firma della persona che ha ottenuto le informazioni sull'idoneità:

X

Dipendente di uno degli enti elencati:  Programma sanitario  Dipartimento locale dei servizi sociali  Agenzia di servizi  Ente qualificato

Nome datore di lavoro:

### Spazio riservato al distretto locale dei servizi sociali

Idoneità stabilita da:

Data:

Idoneità approvata da:

Data:

Ufficio centrale:

Data della domanda:

ID unità:

ID addetto:

Nome pratica:

Distretto:

Tipologia caso:

N. pratica:

Decorrenza:

Codice motivazione disposizione MA:

Codice rifiuto  Codice ritiro della domanda

Procura:

No  Sì

N. registrazione:

Ver:



