

Domanda e istruzioni per i programmi di assistenza per pazienti affetti da HIV non assicurati

AIDS Drug Assistance Program (ADAP)
ADAP Plus (Primary Care)
HIV Home Care Program
ADAP Plus Insurance Continuation (APIC)

Informazioni generali

Il Department of Health (ministero della salute) dello Stato di New York, AIDS Institute, offre quattro programmi per accedere all'assistenza sanitaria (ADAP, Primary Care, Home Care e APIC) riservati a residenti dello Stato di New York con infezione da HIV che non dispongono di assicurazione o la cui assicurazione non offre una copertura sufficiente. I quattro programmi prevedono lo stesso modulo di domanda e identico processo di iscrizione. Per Home Care e APIC sono invece necessari dei moduli supplementari.

L' **AIDS Drug Assistance Program (ADAP)** paga i farmaci per il trattamento dell'HIV/AIDS e le infezioni opportunistiche. I farmaci pagati dall'ADAP possono aiutare le persone affette da HIV/AIDS a vivere più a lungo e trattano i sintomi dell'infezione da HIV. L'ADAP assiste le persone prive di assicurazione, che hanno un'assicurazione parziale, che rientrano nel programma Spend-down/Surplus di Medicaid o nel Medicare Part D.

ADAP Plus (Primary Care) paga i servizi di assistenza primaria nelle cliniche, negli ospedali, nei laboratori e negli studi medici privati partecipanti. I servizi includono l'assistenza ambulatoriale per la valutazione medica, gli interventi immediati e la somministrazione dei trattamenti.

L'**HIV Home Care Program** paga i servizi assistenziali a domicilio per individui cronicamente dipendenti da farmaci secondo quanto prescritto dal loro medico. Il programma copre i servizi del personale sanitario, la somministrazione di terapie endovenose, le forniture e le apparecchiature mediche forniti attraverso le agenzie di assistenza sanitaria a domicilio partecipanti.

ADAP Plus Insurance Continuation (APIC) paga premi assicurativi sanitari vantaggiosi dal punto di vista dei costi per i partecipanti in possesso dei requisiti previsti e aventi l'assicurazione sanitaria, inclusi COBRA, Medicare Part D e polizze private o sponsorizzate dal datore di lavoro.

Dichiarazione di riservatezza degli enti responsabili dei programmi di assistenza per pazienti affetti da HIV non assicurati

Ai sensi della normativa dello Stato di New York, i dati concernenti l'infezione da HIV comunicati agli enti responsabili dei programmi di assistenza per persone non assicurate vengono trattati con la massima riservatezza. Tali dati (che vi qualificano come partecipante) possono essere trasmessi a determinati soggetti ai fini della corretta gestione dei programmi. I soggetti in questione sono persone e organizzazioni con le quali gli enti responsabili dei programmi devono discutere della vostra domanda e/o partecipazione al fine di stabilire l'idoneità del partecipante, pagare i servizi o i farmaci coperti o rendere conto dei fondi spesi. Il personale che opera nell'ambito dei programmi è consapevole della necessità della riservatezza e della privacy del partecipante e discuterà dei dati personali solo se strettamente necessario ai fini della gestione dei programmi.

Per spiegare meglio la questione della riservatezza e le condizioni di partecipazione ai programmi, si chiarisce quanto segue:

- Gli enti responsabili dei programmi **NON** contatteranno i vostri datori di lavoro, padroni di casa, familiari, amici, vicini di casa o altre persone in assenza della vostra diretta autorizzazione, sia per quanto concerne la domanda presentata che la partecipazione stessa ai programmi.
- Gli enti responsabili dei programmi possono contattare il vostro medico o chi vi fornisce chi vi fornisce l'assistenza sanitaria per ottenere maggiori informazioni o chiarire quanto riportato sul modulo di idoneità medica.

- Gli enti responsabili dei programmi verificheranno presso le farmacie o chi vi fornisce l'assistenza sanitaria la vostra effettiva partecipazione e pagheranno i servizi o i farmaci coperti ogni qual volta mostrerete alla farmacia o a chi vi fornisce l'assistenza sanitaria la tessera del programma indicante il vostro nome e il numero identificativo.
- Gli enti responsabili dei programmi discutono della domanda presentata da detenuti con il personale carcerario autorizzato (anche quello addetto ai detenuti in libertà condizionata) in funzione delle necessità ai fini della partecipazione ai programmi.

Potete comunicare per iscritto agli enti responsabili dei programmi il nome di una persona che desiderate venga contattata al vostro posto per avere maggiori informazioni (ad es. l'assistente sociale che vi assiste nella presentazione della domanda).

L'ente responsabile dei programmi di assistenza per persone non assicurate è il pagatore di ultima istanza e contatterà la vostra compagnia di assicurazione sanitaria o altro pagatore terzo (ad es. l'ente responsabile del programma di sconto sui prodotti farmaceutici) i quali rimborseranno l'ADAP per i farmaci a voi forniti nell'ambito dei programmi. Tale procedura è necessaria affinché l'ADAP possa recuperare i fondi che possono poi essere utilizzati per ampliare i programmi e coprire nuovi farmaci/servizi e più persone affette da infezione da HIV.

Queste condizioni trovano applicazione dalla data della vostra domanda fino all'interruzione della partecipazione ai programmi, incluso il periodo di tempo necessario per completare le eventuali procedure di rimborso di terze parti per i farmaci o i servizi terapeutici forniti dai programmi. Potete interrompere in qualsiasi momento la vostra partecipazione ai programmi inviando una comunicazione scritta.

Una copia della dichiarazione di riservatezza degli enti responsabili dei programmi è disponibile su:

www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm.

Per qualsiasi domanda, potete chiamare il n. **1-800-542-2437**.

TUTTE LE INFORMAZIONI FORNITE AGLI ENTI RESPONSABILI DEI PROGRAMMI SONO TRATTATE CON LA MASSIMA RISERVATEZZA.

Istruzioni per presentare la domanda

L'idoneità si basa su criteri finanziari e medici. Oltre alla domanda completa, occorre presentare la documentazione sulla residenza, sui redditi e sui beni. Una richiesta medica separata dovrà inoltre essere presentata dal vostro medico.

Le domande presentate complete della documentazione richiesta vengono trattate entro due settimane. Le domande incomplete e quelle prive della documentazione di supporto ritardano la ricezione della vostra tessera di partecipazione e di informazioni vitali sul programma.

Dopo essere stati approvati, riceverete una tessera di idoneità e le istruzioni su come usarla. Per ricevere gratuitamente i farmaci coperti dovete presentare la tessera e una prescrizione alla farmacia partecipante. Per ricevere, sempre gratuitamente, i servizi medici coperti dovete presentare la tessera agli operatori sanitari partecipanti. Se ne avete bisogno, potete ricevere gratuitamente i servizi anche a domicilio da un'agenzia di assistenza sanitaria specializzata partecipante (con un massimale di 30.000 dollari durante l'intero arco della vostra vita).

A. Dati del richiedente

Nome

Indicate il vostro nome per esteso, il numero di previdenza sociale e la data di nascita. Se venite chiamati anche con un altro nome, indicatelo nell'apposito spazio e specificate quale nome volete che venga stampato sulla tessera. Indicate anche il vostro indirizzo completo.

Indirizzo

Ciascun partecipante deve dimostrare di essere residente dello Stato di New York. La residenza può essere dimostrata con una copia di UNO dei seguenti documenti (su cui siano riportati il vostro nome e indirizzo). Se avete una casella postale dove ricevete la posta, dovete includere delle informazioni che documentino il vostro effettivo domicilio per attestare la vostra residenza nello Stato di New York. Se convivete con un'altra persona e non disponete dei documenti elencati sotto a vostro nome, dovete presentare un documento che attesti la residenza di tale persona e una lettera di certificazione di convivenza.

- Contratto di affitto valido
- Patente di guida valida
- Tessera elettorale valida
- Notifica di decisione (Notice of Decision) valida rilasciata da Medicaid
- Bollette delle utenze (ultimi 90 giorni)
- Bolletta del telefono (ultimi 90 giorni)
- Ricevuta dell'affitto (ultimi 90 giorni)
- Cedolini paga o estratto conto indicanti nome e indirizzo (ultimi 90 giorni)

Sesso/razza/etnia/lingua

Indicate il vostro sesso, la razza, l'etnia e la lingua che desiderate usare.

B. Situazione abitativa

Membri del nucleo familiare

Indicate tutti i membri del vostro nucleo familiare: sono considerati tali tutti coloro con i quali sussiste un rapporto di responsabilità giuridica. La categoria include il/la coniuge, figli al di sotto di 21 anni o genitori e fratelli/sorelle se avete meno di 21 anni.

C. Reddito

Idoneità finanziaria

L'idoneità finanziaria si basa sul 435% del livello di povertà federale. Tale livello varia in base al numero di componenti familiari e viene aggiornato annualmente. L'idoneità finanziaria è calcolata sul reddito lordo disponibile al nucleo familiare, esclusi la trattenuta della previdenza sociale e di Medicare e il costo della copertura dell'assistenza sanitaria versato dal richiedente.

Fonti di reddito

Indicate tutte le fonti di reddito vostre e di tutti i membri del vostro nucleo familiare. Questo reddito riguarda solo i membri del vostro nucleo familiare con i quali sussiste un rapporto di responsabilità giuridica (es.: coniuge o figli, ma non uno zio, un cugino o la persona con cui condividete l'appartamento). Per ciascuna fonte, indicate l'importo lordo, la frequenza con cui viene ricevuto il reddito e se tale reddito è vostro o di un membro del nucleo familiare.

Il reddito deve essere comprovato. Fornite al riguardo la documentazione completa per ciascuna fonte di reddito indicata.

Lavoratori dipendenti

Il reddito deve essere documentato con la copia del cedolino paga per gli ultimi 30 giorni. Il cedolino deve indicare il reddito dall'inizio dell'anno, le ore lavorate, tutte le detrazioni e le date coperte. Se non riuscite a ottenere un cedolino, potete inviarci una lettera originale con firma autenticata dal vostro datore di lavoro indicante la retribuzione lorda per gli ultimi 30 giorni insieme a una copia dell'ultima denuncia dei redditi. (La lettera non deve essere necessariamente indirizzata agli enti responsabili dei programmi: è sufficiente una lettera indirizzata "A chi di pertinenza").

Lavoratori autonomi

Dovete fornire la documentazione lavorativa relativa ai tre mesi precedenti la domanda, indicando tipo di attività svolta e reddito lordo/netto, e l'ultima denuncia dei redditi annuale. Dovete inoltre includere una vostra dichiarazione con firma autenticata del reddito previsto per l'anno in corso.

Reddito da affittanze

I redditi che ricevete da proprietà in affitto possono essere documentati con una copia del contratto d'affitto stipulato con gli affittuari e una copia della vostra ultima denuncia dei redditi.

Tutti gli altri redditi

Come prova, dovranno essere inviate le copie delle lettere di partecipazione ai programmi SSD/SSI, dei sussidi di disoccupazione, degli assegni della previdenza sociale e della pensione, ecc., degli ultimi 30 giorni.

Assenza di reddito, a carico di terzi

Se non disponete di alcun reddito e siete mantenuti da un amico o familiare, dovete presentare una lettera in cui tale amico o familiare dichiara in che modo vi mantiene.

D. Liquidità

Il nucleo familiare non può disporre di liquidità superiori ai 25.000 dollari. Le liquidità comprendono contanti, risparmi, azioni, obbligazioni ecc. Non includono l'auto, la casa o conti pensione riconosciuti a livello federale.

Fonte delle liquidità

Indicate tutte le fonti da cui derivano le liquidità vostre e di tutti i membri del vostro nucleo familiare. L'indicazione riguarda solo i membri del vostro nucleo familiare con i quali sussiste un rapporto di responsabilità giuridica (es.: coniuge o figli, ma non uno zio, un cugino o la persona con cui condividete l'appartamento). Per ciascuna fonte, indicate il saldo/valore corrente e l'appartenenza della liquidità (personale/membro del nucleo familiare).

Le liquidità devono essere comprovate. I possessori delle liquidità devono fornire le copie delle dichiarazioni più recenti indicanti il valore e l'importo degli interessi/dividendi ricevuti.

E. Copertura sanitaria

Gli enti responsabili dei programmi possono anche assistere coloro che hanno altre coperture sanitarie e che non riescono a pagare le franchigie, i ticket, che non riescono a soddisfare i requisiti del programma Spend-down/Surplus di Medicaid o a pagare altre piccole spese. Includete una copia fronte/retro di tutte le altre tessere di copertura sanitaria.

Medicaid/Family Health Plus

Indicate il vostro stato Medicaid o se avete inoltrato la richiesta per far parte del programma Family Health Plus. Se fate parte del programma Spend-down/Surplus di Medicaid, indicatene l'importo nell'apposito spazio.

Medicare

Indicate se fate parte del programma Medicare e, in caso affermativo, il/i tipo/i (A, B, C o D).

Assicurazione sanitaria

Accertatevi di rispondere a tutte le domande sull'assicurazione sanitaria. Se avete difficoltà a pagare i premi, chiamate il n. 1.800.542.2437 o presentate la domanda APIC (modulo n. DOH 2794c) scaricabile da <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>

F. Contatto/i alternativo/i e firma

Se desiderate che il personale dell'ente responsabile del programma parli a una persona per vostro conto in merito alla domanda, indicatene il nome. Al riguardo, leggete la dichiarazione di riservatezza che specifica le persone eventualmente da contattare in merito alla vostra domanda e iscrizione.

Leggete con attenzione la dichiarazione di certificazione, quindi firmate e datate la domanda. Le domande non firmate non potranno essere trattate. Fate e tenete per voi una copia della domanda e di tutta la documentazione.

Difficoltà o domande

Se avete difficoltà a compilare la domanda o domande sui programmi di assistenza per pazienti affetti da HIV non assicurati o sulla documentazione richiesta, potete chiamare il numero verde 1-800-542-2437 oppure consultare il documento sulle Domande più frequenti (FAQ) disponibile su <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>
NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

Domanda per i programmi di assistenza per pazienti affetti da HIV non assicurati

Questa domanda viene utilizzata per determinare l'idoneità ai programmi AIDS Drug Assistance Program (ADAP), ADAP Plus (Primary Care), HIV Home Care e ADAP Plus Insurance Continuation (APIC). Home Care e APIC richiedono dei moduli supplementari. Se avete delle domande sui programmi o su come compilare questa domanda, potete chiamare il numero verde riservato **1-800-542-2437**.

COMPILARE LA DOMANDA IN OGNI SUA PARTE E SCRIVERE IN STAMPATELLO IN MANIERA CHIARA

A. Dati del richiedente

Cognome: _____ **Nome:** _____ **Secondo nome:** _____ **Data di nascita:** ____ / ____ / ____

Altro/i nome/i utilizzato/i: _____ **Numero di previdenza sociale:** _____

Indirizzo (si richiede un documento attestante la residenza)

Via: _____ App. n.: _____ Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

Le informazioni relative al programma possono essere inviate all'indirizzo indicato? Sì No In caso di risposta negativa, allegare una spiegazione e indicare un indirizzo alternativo.

Telefono Principale: (____) _____ – _____ Alternativo: (____) _____ – _____ Possiamo lasciare dei messaggi? Sì No

Sesso Maschio Femmina Transgender/Transessuale

Razza Bianca Nera/Afro-americana Asiatica Hawaiana / Isole del Pacifico Nativo-americana / Alaska Più di una razza
 Altro _____

Etnia Ispanica Non ispanica

Lingua Inglese Spagnolo Altro _____

Stato civile Celibe/nubile, Vedovo/a, Divorziato/a Coniugato/a, Convivente Coniugato/a, non convivente

B. Situazione abitativa

Vivo da solo/a Vivo con altre persone (specificare sotto) Senza fissa dimora/Ricovero Rilasciato/a da struttura detentiva

Nome dei membri del nucleo familiare*	Sesso	Data di nascita	Tipo di relazione	Vive con lei?
1. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
4. _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

* Se desidera che parliamo con un altro membro del suo nucleo familiare al suo posto, ne indichi il nome come contatto alternativo a pag. 2.

C. Reddito – Richiedente e membri del nucleo familiare (il reddito deve essere comprovato)

Fonti di reddito (barrare tutte le fonti pertinenti):

<input type="checkbox"/> Stipendio/salario: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> Assistenza pubblica	<input type="checkbox"/> Sussidi dei reduci	<input type="checkbox"/> Nessun reddito, a carico di terzi
<input type="checkbox"/> Dipendente della città di New York	<input type="checkbox"/> SSI (reddito previdenziale supplementare)	<input type="checkbox"/> Alimenti/Assegno di mantenimento dei figli	<input type="checkbox"/> Nessun reddito, risparmi personali
<input type="checkbox"/> Lavoro autonomo	<input type="checkbox"/> SSD (sussidi previdenziali per invalidità)	<input type="checkbox"/> Interessi/dividendi/ royalties	<input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> Indennità di disoccupazione	<input type="checkbox"/> Pensione della previdenza sociale	<input type="checkbox"/> Locazione proprietà	
<input type="checkbox"/> Risarcimento per infortunio	<input type="checkbox"/> Pensione		

Per ciascuna fonte indicata, specificare:

Fonte del reddito	Importo lordo	Frequenza di ricezione	Destinatario	Data inizio
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bi-settimanale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Annuale	<input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Membro del nucleo familiare	____ / ____ / ____
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bi-settimanale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Annuale	<input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Membro del nucleo familiare	____ / ____ / ____
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bi-settimanale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Annuale	<input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Membro del nucleo familiare	____ / ____ / ____

D. Liquidità (le liquidità devono essere comprovate)

Fonte delle liquidità (barrare tutte le fonti pertinenti)

Conto corrente bancario Conto di risparmio Certificati di deposito Azioni/Obbligazioni/Fondi di investimento Rendite vitalizie o Trust Interessi

Per ciascuna fonte indicata, specificare:

Fonte delle liquidità	Saldo/valore	Destinatario
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Membro del nucleo familiare <input type="checkbox"/> Congiunto
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Membro del nucleo familiare <input type="checkbox"/> Congiunto
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Membro del nucleo familiare <input type="checkbox"/> Congiunto

E. Copertura sanitaria

Ha altre coperture sanitarie? (polizza privata, HMO, sindacato, pensione, altro regime) Sì No

Paga i premi dell'assicurazione sanitaria? Sì No

Se sì, a quanto ammontano i pagamenti? \$ _____ Con quale frequenza effettua i pagamenti? _____

Se no, l'assicurazione sanitaria le viene offerta tramite il suo lavoro/datore di lavoro? Sì No

Chiami il n. 1-800-542-2437 per sapere in che modo l'ADAP può aiutarla a effettuare i pagamenti dell'assicurazione sanitaria.

Se ha l'assicurazione sanitaria, invii una copia fronte/retro delle tessere e compili i campi sottostanti:

Nome della compagnia dell'assicurazione sanitaria: _____ Data di decorrenza indicata sulla polizza: ____/____/____
Indirizzo: _____ N. polizza: _____
Città: _____ Stato: _____ CAP: _____ N. gruppo: _____
Contatto presso i servizi (se conosciuto): _____ Telefono dei servizi: (____) _____ - _____

Medicaid/Family Health Plus

Ha richiesto questi programmi? Sì No

Se sì, qual è lo stato della richiesta? In corso Approvata – N. Medicaid: _____ Spend-down (se applicabile) – Importo: \$ _____
 Rifiutata – Motivo: _____

Medicare

Fa parte del programma Medicare? Sì No

Se sì, indichi il/i tipo/i. A - Ricovero in struttura B - Assistenza primaria C - Polizza di assicurazione privata D - Copertura farmaci

Paga i premi per il programma Medicare Part D? Sì No

Beneficia di un "aiuto supplementare" per il programma Medicare Part D? Sì No

Se ha risposto "no", chiami il nostro numero verde per maggiori informazioni sugli aiuti supplementari a disposizione

F. Contatto/i alternativo/i e firma

Firmando questa domanda, autorizzo gli enti responsabili dei programmi di assistenza per persone non assicurate a parlare della mia domanda con le seguenti persone (es. assistente sociale, responsabile del caso, familiare):

Nome	Organizzazione	Rapporto	Numero di telefono
_____	_____	_____	(____) _____ - _____
_____	_____	_____	(____) _____ - _____
_____	_____	_____	(____) _____ - _____

Dichiarazione di certificazione

Certifico che tutte le informazioni riportate in questa domanda sono vere e corrette e di essere residente dello Stato di New York. Dichiaro di comprendere quanto segue:

Queste informazioni vengono fornite in relazione alla ricezione di fondi federali da parte dello Stato di New York. I funzionari responsabili dei programmi verificheranno le informazioni ivi riportate. I funzionari responsabili dei programmi possono verificare periodicamente il mio stato di appartenenza al programma Medicaid e fatturare quest'ultima in funzione delle necessità. Qualora deliberatamente fornissi delle informazioni false in questa domanda, potrei dovere ripagare i sussidi da me ricevuti ed essere perseguito/a legalmente ai sensi delle leggi statali e federali vigenti.

Con la presente, richiedo i sussidi previsti dai programmi di assistenza per persone non assicurate e accetto che le mie informazioni vengano utilizzate e divulgate in funzione delle necessità ai fini del mio trattamento, per il pagamento dei servizi sanitari, il pagamento dei premi sanitari e per le attività medico-sanitarie previste dal programma.

Firmare e datare questo modulo

Firma del richiedente (o del tutore se il richiedente è minorenne)

Data

**Tenere per sé una copia del presente modulo e trasmettere l'originale e tutta la documentazione richiesta a:
Uninsured Care Programs, Empire Station, PO Box 2052, Albany, NY 12220-0052**