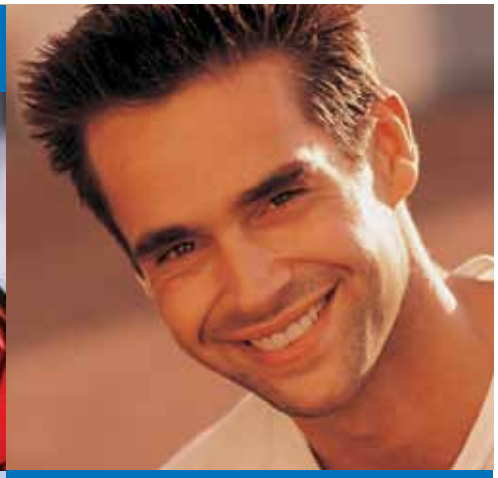

DOMANDA per assicurazione sanitaria

access NY health care

per bambini, adulti e famiglie

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

ISTRUZIONI

DICHIARAZIONE SULLA RISERVATEZZA Tutte le informazioni fornite nella presente domanda resteranno di natura riservata. Soltanto la persona incaricata di aiutare il richiedente con la procedura di domanda, le agenzia locali o statali e gli addetti ai programmi sanitari potranno prendere visione delle informazioni, in ragione del fatto che hanno bisogno di conoscerle per poter decidere se il richiedente e i componenti del suo nucleo familiare siano o meno idonei. La persona incaricata 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 Compilare la presente domanda affinché l'assicurazione sanitaria copra le spese mediche. La presente domanda può essere utilizzata per richiedere i servizi di Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, il 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 FARANNO TUTTO QUANTO RAGIONEVOLMENTE POSSIBILE PER RIUSCIRE A SODDISFARE LE ESIGENZE DEL RICHIEDENTE.

LEGGERLA nella sua interezza. Se si sta presentando la domanda SOLTANTO per i figli oppure se chi presenta la domanda è una donna in gravidanza sola, compilare unicamente le **sezioni dalla A alla G e le sezioni I e J.** Gli altri richiedenti sono tenuti a compilare tutte le sezioni.

Se il richiedente ha 65 anni di età (o più), è stato certificato come non vedente/disabile o è ricoverato e presenta la domanda per la copertura dell'assistenza in casa di cura, deve **compilare anche il supplemento A.** Il supplemento comprende domande relative alle risorse, ad esempio i depositi bancari o i beni immobili.

Ogni volta che nella domanda vengono riportate le parole **INVIARE PROVA** , fare riferimento alla sezione "Documenti richiesti per la presentazione della domanda di assicurazione sanitaria" per avere un elenco dei documenti giustificativi accettabili.

PER RICEVERE ASSISTENZA Quando il richiedente presenta la domanda per ricevere l'assicurazione sanitaria pubblica, **NON** è necessario che si rivolga al proprio Department of social services locale oppure ad una persona incaricata di aiutarlo con la procedura d'iscrizione per avere un colloquio, ma **PUÒ** essere contattato o contattare detta persona per ricevere aiuto nel compilare la domanda. **Chiedere l'elenco delle persone incaricate di aiutare i richiedenti con l'iscrizione dove è stata fornita la domanda oppure telefonare al n. 1-800-698-4543. L'ASSISTENZA È COMPLETAMENTE GRATUITA.**
(Linea TTY 1-877-898-5849 per ipoudenti)

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 il caso), la città, lo stato e il paese di nascita. Nel caso di una persona nata al di fuori degli Stati Uniti, indicare soltanto il paese di nascita. Abbiamo anche bisogno, per ciascuna persona che presenta la domanda, del nome completo da nubile della madre (nome e cognome). Queste informazioni possono essere utilizzate per verificare la data di nascita del richiedente in determinate circostanze.

- **Questa persona è in 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 donna in gravidanza equivale a due persone.
- **Rapporto con la persona indicata alla riga 1.** Spiegare che 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, Family Health Plus, Child Health Plus, al Family Planning Benefit Program o ad altre forme di assistenza pubblica quali i Food Stamps, abbiamo bisogno di saperlo. Indicare anche il numero ID riportato sulla New York State Benefit Identification Card o sulla tessera identificativa del programma per Child Health Plus.
- **Numero di Social Security.** Indicare il numero di Social Security per tutti i richiedenti, sempre che la persona in questione ne disponga. Se la persona non dispone di numero di Social Security, lasciare vuota la relativa casella.
- **Status di immigrazione e cittadinanza.** Queste informazioni sono necessarie unicamente per chi presenta la domanda di assicurazione sanitaria. Le donne in gravidanza non devono rispondere a questa domanda. Per risultare idonei all'assicurazione sanitaria, le altre persone di almeno 19 anni di età devono avere la cittadinanza U.S.A. o rientrare in una categoria d'immigrazione idonea. Abbiamo bisogno di prendere visione della documentazione originale di identità e cittadinanza statunitense oppure di copie certificate degli stessi documenti. Contattare il Department of social services locale oppure chiamare il n. 1-800-698-4543 per ricevere indicazioni su dove presentare questi documenti. Se si stanno ricevendo i servizi Medicare o Social Security Disability, ma non si è ancora idonei a Medicare, è necessario comprovare la cittadinanza o l'identità.

  A decorrere dal 1° luglio 2010, i cittadini minorenni che forniscono un numero di Social Security non sono tenuti a presentare alcuna documentazione relativa alla loro cittadinanza o identità, se idonei a Child Health Plus.

  I minori che risiedono nello Stato di New York e non dispongono di un'altra assicurazione sanitaria sono idonei, indipendentemente dal loro status d'immigrazione.

INFORMAZIONI SU PERSONE A CARICO DELLE STRUTTURE PUBBLICHE

Gli United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) hanno dichiarato che l'iscrizione a Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o al Family Planning Benefit Program NON può avere ripercussioni sull'idoneità di una persona ad ottenere la Carta verde, prendere la cittadinanza, garantire per un familiare o entrare/uscire dal paese. Questo non è valido nel caso in cui Medicaid sostenga le spese per l'assistenza a lungo termine in strutture come case di cura o ospedali psichiatrici.

Lo Stato non comunicherà alcuna delle informazioni contenute nella presente domanda agli USCIS.

- **Gruppo etnico.** Queste informazioni sono facoltative: ci aiuteranno a verificare che tutti abbiano accesso ai programmi. Fornendo queste informazioni, servirsi del codice riportato nella domanda che meglio descrive 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. Queste informazioni possono avere ripercussioni sull'idoneità ad essere coperti dall'assicurazione: per alcuni richiedenti possiamo detrarre l'importo versato per l'assicurazione sanitaria dall'importo che prendiamo in considerazione come reddito oppure potremmo essere in grado di sostenere il costo del premio assicurativo, se riteniamo che ciò sia conveniente.

Alcuni minori che godevano di un'as sicurazione sanitaria del datore di lavoro nell'ultimo semestre, potrebbero dover attendere un determinato periodo prima di potersi iscrivere a Child Health Plus. Questo dipenderà dal reddito della famiglia e dal motivo per cui hanno perso la copertura del datore di lavoro.

NOTA: gli State Health Benefits Plans forniscono una copertura assicurativa sanitaria attraverso il New York State Health Insurance Program (NYSHIP). Tale copertura viene offerta ai pensionati/ dipendenti dell'Ente legislativo statale, della Magistratura e del governo dello Stato di New York. Anche alcune agenzie governative locali e alcuni distretti scolastici scelgono di prendere parte al NYSHIP. In caso di dubbi, verificare con il proprio datore di lavoro. Se il figlio del richiedente ha accesso alle agli State Health Insurance Benefits attraverso il NYSHIP, non sarà idoneo alla copertura Child Health Plus .

Potremmo essere in grado di contribuire al versamento dei premi dell'assicurazione sanitaria, se il richiedente ha o riesce ad 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.

SEZIONE E Spese di alloggio

Indicare il costo mensile dell'alloggio, compresi 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 vedente, disabile, malato cronico o assistenza 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 fatture mediche per importi elevati potrebbe avere diritto ad ulteriori servizi sanitari. Si può essere dichiarati colpiti da 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) dell'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 dipartimento locale dei servizi sociali riceve la domanda del richiedente oppure quando il richiedente incontra una persona incaricata di aiutarlo con la procedura d'iscrizione (Facilitated Enroller). Sarà inoltre necessario comunicare il proprio reddito in ciascun mese trascorso per cui si hanno fatture mediche in modo 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 influenzare la nostra capacità 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 delle cure 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.**
- **Le donne in gravidanza non devono 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 minorenne 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 danni fisici o emotivi per se stessi o i propri familiari. La domanda 2 fa riferimento al **GENITORE** di un richiedente minorenne di meno di 21 anni di età; la domanda 3 al **CONIUGE** di qualunque richiedente.
- Se i genitori non sono disposti a fornire queste informazioni, il richiedente minorenne potrebbe risultare comunque idoneo a Medicaid o Child Health Plus.

SEZIONE I Scelta del programma sanitario

Che cos'è un programma sanitario? Richiedendo i programmi per mezzo di Access NY Health Care, al richiedente può essere assegnata una copertura sanitaria attraverso un programma di assistenza gestita. Quando entra a far parte di un programma, il richiedente sceglie un medico di quel programma (Primary Care Provider o PCP, Fornitore di assistenza sanitaria primaria) affinché si prenda cura delle sue esigenze quotidiane. Per mantenere il medico che si ha già, 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.

Chi è tenuto a scegliere un programma sanitario? Coloro i quali sono idonei a Family Health Plus e Child Health Plus **DEVONO** scegliere un programma per usufruire dei servizi sanitari. **LA MAGGIOR PARTE** di coloro i quali sono idonei a Medicaid **DEVE** scegliere un programma sanitario per godere di molte delle prestazioni di Medicaid. Per avere ulteriori informazioni in merito, è sufficiente continuare a leggere il presente documento.

Come faccio a sapere quale programma sanitario scegliere e se posso iscrivermi? Nel caso di Medicaid e Family Health Plus, 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 n. **1-800-505-5678,** oppure chiamare o recarsi presso il proprio dipartimento locale dei servizi sociali. Chiedere un Managed Care Education Packet (Pacchetto formativo su assistenza gestita). Informazioni sui programmi sanitari sono disponibili anche nel sito web del New York State Department of Health (NYSDOH, Dipartimento della salute dello Stato di New York) all'indirizzo **health.ny.gov.** È inoltre possibile iscriversi telefonicamente al n. **1-800-505-5678.**

NOTA: Se il richiedente (o un componente del suo nucleo familiare) risulta idoneo a Medicaid e la sua contea non prescrive che chi usufruisce di Medicaid entri a far parte di un programma sanitario, il richiedente resterà iscritto al programma sanitario prescelto (se fornisce Medicaid), 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 dipartimento locale dei servizi sociali.

Per Child Health Plus:

Per avere informazioni sui programmi Child Health Plus, chiamare il n. **1-800-698-4543.**

Premi Child Health Plus

Non è previsto il pagamento di alcun premio per Medicaid o Family Health Plus. Potrebbe esistere un premio mensile per Child Health Plus. Consultare il prospetto allegato per verificare se sia necessario versare un premio sulla base del proprio reddito mensile. Affinché il proprio figlio sia iscritto, accompagnare la domanda, una volta completata, con il premio del primo mese.

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.

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

State of New York
Department of Health

DOCUMENTI RICHIESTI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ASSICURAZIONE SANITARIA

Nome richiedente _____ **Data domanda** _____

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

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

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

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

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

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

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

Cittadinanza U.S.A.

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

Identità

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

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

***Restituire tutti i documenti richiesti entro:** _____ **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 dei 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:
I documenti accompagnati da un * riportano anche la data di nascita

Identità/stato d'immigrazione

- ☐ 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"
- ☐ Prova di residenza continuativa negli U.S.A. prima del 1° gennaio 1972

Indirizzo abitazione: questo indirizzo deve corrispondere all'indirizzo dell'abitazione inserito nella sezione A della domanda. La prova deve riportare una data entro 6 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 INDENNITÀ DI DISOCCUPAZIONE O VERTENZA GIUDIZIARIA: presentare una lettera, una dichiarazione scritta o una copia di assegno o di matrici di assegno del datore di lavoro, del soggetto o dell'agenzia che elargisce il reddito. NON È NECESSARIO PRESENTARE TUTTI QUESTI DOCUMENTI, soltanto quelli applicabili al proprio caso e a chi vive con il richiedente. 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, facendo riferimento alle ultime quattro settimane indipendentemente dal fatto che si sia retribuiti ogni settimana, ogni due settimane o ogni mese. È importante che la documentazione sia aggiornata.

Stipendi e salari

- ☐ Matrici assegno
- ☐ Lettera di datore di lavoro su carta intestata aziendale, con data e firma
- ☐ Dichiarazione dei redditi aggiornata con data e firma e tutti gli allegati**
- ☐ Documenti ruolo paga/aziendali

Lavoro autonomo

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

Indennità disoccupazione

- ☐ Certificato/lettera d'assegnazione
- ☐ Dichiarazione indennità mensili del NYS Department of Labor
- ☐ Stampato di informazioni sul conto del ricevente dal sito web del NYS Department of Labor (www.labor.state.ny.us)
- ☐ Copia di Direct Payment Card con stampato
- ☐ Corrispondenza del NYS Department of Labor

Rendite/Pensioni private

- ☐ Rendiconto pensione/rendita

Social Security

- ☐ Certificato/lettera d'assegnazione
- ☐ Dichiarazione indennità annuali
- ☐ Corrispondenza da Social Security/Administration

Workers' Compensation

- ☐ Lettera d'assegnazione
- ☐ Matrice assegno

Alimenti/Supporto figli

- ☐ Lettera di chi fornisce il supporto
- ☐ Lettera del tribunale
- ☐ Matrice assegno alimenti/supporto figli
- ☐ Copia di NY Epicard con stampato
- ☐ Copia informazioni conto per supporto figli da **www.newyorkchildsupport.com**
- ☐ Copia estratto conto bancario con accreditamento diretto

Indennità reduci di guerra

- ☐ Lettera d'assegnazione
- ☐ Matrice assegno indennità
- ☐ Corrispondenza di 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)

***Le dichiarazioni dei redditi per chi non è lavoratore autonomo possono essere utilizzate per le domande precedenti il 1° aprile dell'anno seguente.*

DOCUMENTI RICHIESTI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ASSICURAZIONE SANITARIA

Se il richiedente sostiene delle spese per l'assistenza di figli o genitori 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 estinti o ricevute comprovanti i pagamenti effettuati

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)

Soltanto per le donne in gravidanza: prova di gravidanza, presentare uno dei documenti seguenti:

- ☐ Presumptive Eligibility Screening Worksheet per donne in gravidanza ad opera di un fornitore indicante la data prevista del parto
- ☐ Dichiarazione di un professionista nel settore medico, ad esempio un infermiere professionale o un medico, indicante la data prevista del parto
- ☐ WIC Medical Referral Form indicante la data prevista del parto

Se il richiedente ha fatture mediche dell'ultimo trimestre, fornire tutti i documenti seguenti:

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
- ☐ Fatture mediche per l'ultimo trimestre, saldate o meno

Risorse (soltanto se il richiedente ha più di 65 anni di età o è disabile e non vive con figli di età inferiore a 21 anni):

- ☐ Estratti conti bancari: conto corrente, risparmi, pensione (IRA e Keogh)
- ☐ Rendiconti certificati, azioni, obbligazioni
- ☐ 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
- ☐ Dichiarazione di college o università
- ☐ Altra corrispondenza di college/università indicante lo status di studente

ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid / Family Health Plus / Child Health Plus

Prima di iniziare a compilare la domanda, LEGGERLA nella sua interezza, comprese le relative ISTRUZIONI. Scrivere in stampatello con inchiostro blu o nero. La presentazione di una domanda incompleta provocherà un ritardo nella decisione che sarà presa in merito ad essa, poiché la sua elaborazione non è possibile.

Sezione A Informazioni sul richiedente

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

Nome	Iniziale secondo nome	Cognome

N. telefonico principale
☐ Casa ☐ Cell: ☐ Lavoro ☐ Altro

Altro n. telefonico
☐ Casa ☐ Cell: ☐ Lavoro ☐ Altro

Quale lingua parla? _____ **Sa leggere?** _____

INDIRIZZO ABITAZIONE INVIARE PROVA
delle persone che richiedono l'assicurazione sanitaria
☐ Spuntare questa casella, se senza dimora:

Via		N. app.	
Città	Stato	CAP	Contea

INDIRIZZO POSTALE
delle persone che richiedono l'assicurazione sanitaria, se diverso da quello summenzionato.

Via		N. app.	
Città		Stato	CAP

OPZIONALE: 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:

Spuntare tutte le caselle applicabili
☐ Richieda e/o rinnovi Medicaid per me
☐ Discuta del mio caso o della mia domanda Medicaid, se necessario
☐ Riceva le comunicazioni e la corrispondenza

Nome		Stato
Via	N. app.	CAP
Città		Numero di telefono ☐ Casa ☐ Cell: ☐ Lavoro ☐ Altro

Sezione B Informazioni sulla famiglia

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, Family Health Plus o Child Health Plus **e il n. di identificazione della loro tessera indennità o tessera programma sanitario.** 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 membri della famiglia potrebbero permetterci di assegnare al richiedente un livello di idoneità più alto. Le donne in gravidanza e i minori al di sotto dei 19 anni di età possono essere idonei all'assicurazione sanitaria, indipendentemente dallo status di immigrazione.**

	Nome, secondo nome, cognome	Data di nascita INVIARE PROVA	Questa persona ha presentato domanda per ottenere l'assicurazione sanitaria?	Questa persona è in gravidanza? INVIARE PROVA	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. Social Security (se esistente)	Spuntare una casella per indicare il vostro attuale status di immigrazione o cittadinanza. Non necessario per le donne in gravidanza INVIARE PROVA	*Gruppo etnico
01	_____ Nome completo da nubile (nome della persona alla nascita, prima di sposarsi) _____ Città di nascita Stato di nascita Paese di nascita _____ Nome completo da nubile della madre della persona	/ / ☐ Uomo ☐ Donna	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No Qual è la data prevista del parto? / /	☐ Sì ☐ No	ME STESSO	☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus N. ID di tessera indennità/tessera programma sanitario, se noto:		☐ Cittadinanza U.S.A. ☐ Immigrante/non cittadino Indicare la data di ricevimento del proprio status di immigrazione _____/_____/_____ Mese Giorno Anno ☐ Non immigrante (titolare di visto) ☐ Nessuna delle precedenti	
02	_____ Nome completo da nubile (nome della persona alla nascita, prima di sposarsi) _____ Città di nascita Stato di nascita Paese di nascita _____ Nome completo da nubile della madre della persona	/ / ☐ Uomo ☐ Donna	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No Qual è la data prevista del parto? / /	☐ Sì ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus N. ID di tessera indennità/tessera programma sanitario, se noto:		☐ Cittadinanza U.S.A. ☐ Immigrante/non cittadino Indicare la data di ricevimento del proprio status di immigrazione _____/_____/_____ Mese Giorno Anno ☐ Non immigrante (titolare di visto) ☐ Nessuna delle precedenti	

A decorrere dal 1° luglio 2010, i cittadini minorenni che forniscono un numero di Social Security non sono tenuti a presentare alcuna documentazione relativa alla loro cittadinanza o identità, se idonei a Child Health Plus.

INVIARE PROVA **Fare riferimento ai "Documenti richiesti per la presentazione della domanda di assicurazione sanitaria" nelle istruzioni (pagine 1-3) e alla "Lista documenti per l'assicurazione sanitaria" per avere un elenco dei documenti comprovanti identità, cittadinanza o status d'immigrazione.**

***Codici gruppo etnico (opzionali):** A-Asiatico, B-Nero o Afroamericano, I- Nativo Americano o dell'Alaska, P- Nativo di Hawaii o altra isola del Pacifico, W-Bianco, U-Non noto. Indicare anche se si è Ispanici o Latini-H

NYS DOH (continua a pag. 2)

Sezione B Informazioni sulla famiglia (continua dalla pagina precedente)

	Nome, secondo nome, cognome	Data di nascita INVIARE PROVA	Questa persona ha presentato domanda per ottenere l'assicurazione sanitaria?	Questa persona è in gravidanza? INVIARE PROVA	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. Social Security (se esistente)	Spuntare una casella per indicare il vostro attuale status di immigrazione o cittadinanza. Non necessario per le donne in gravidanza INVIARE PROVA	* Gruppo etnico
03	Nome completo da nubile (nome della persona alla nascita, prima di sposarsi) Città di nascita Stato di nascita Paese di nascita Nome completo da nubile della madre della persona	/ / ☐ Uomo ☐ Donna	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No Qual è la data prevista del parto? / /	☐ Sì ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus N. ID di tessera indennità/tessera programma sanitario, se noto:		☐ Cittadinanza U.S.A. ☐ Immigrante/non cittadino Indicare la data di ricevimento del proprio status di immigrazione _____/_____/_____ Mese Giorno Anno ☐ Non immigrante (titolare di visto) ☐ Nessuna delle precedenti	
04	Nome completo da nubile (nome della persona alla nascita, prima di sposarsi) Città di nascita Stato di nascita Paese di nascita Nome completo da nubile della madre della persona	/ / ☐ Uomo ☐ Donna	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No Qual è la data prevista del parto? / /	☐ Sì ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus N. ID di tessera indennità/tessera programma sanitario, se noto:		☐ Cittadinanza U.S.A. ☐ Immigrante/non cittadino Indicare la data di ricevimento del proprio status di immigrazione _____/_____/_____ Mese Giorno Anno ☐ Non immigrante (titolare di visto) ☐ Nessuna delle precedenti	
05	Nome completo da nubile (nome della persona alla nascita, prima di sposarsi) Città di nascita Stato di nascita Paese di nascita Nome completo da nubile della madre della persona	/ / ☐ Uomo ☐ Donna	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No Qual è la data prevista del parto? / /	☐ Sì ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus N. ID di tessera indennità/tessera programma sanitario, se noto:		☐ Cittadinanza U.S.A. ☐ Immigrante/non cittadino Indicare la data di ricevimento del proprio status di immigrazione _____/_____/_____ Mese Giorno Anno ☐ Non immigrante (titolare di visto) ☐ Nessuna delle precedenti	
06	Nome completo da nubile (nome della persona alla nascita, prima di sposarsi) Città di nascita Stato di nascita Paese di nascita Nome completo da nubile della madre della persona	/ / ☐ Uomo ☐ Donna	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No Qual è la data prevista del parto? / /	☐ Sì ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus N. ID di tessera indennità/tessera programma sanitario, se noto:		☐ Cittadinanza U.S.A. ☐ Immigrante/non cittadino Indicare la data di ricevimento del proprio status di immigrazione _____/_____/_____ Mese Giorno Anno ☐ Non immigrante (titolare di visto) ☐ Nessuna delle precedenti	
07	Nome completo da nubile (nome della persona alla nascita, prima di sposarsi) Città di nascita Stato di nascita Paese di nascita Nome completo da nubile della madre della persona	/ / ☐ Uomo ☐ Donna	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No Qual è la data prevista del parto? / /	☐ Sì ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus N. ID di tessera indennità/tessera programma sanitario, se noto:		☐ Cittadinanza U.S.A. ☐ Immigrante/non cittadino Indicare la data di ricevimento del proprio status di immigrazione _____/_____/_____ Mese Giorno Anno ☐ Non immigrante (titolare di visto) ☐ Nessuna delle precedenti	

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

A decorrere dal 1° luglio 2010, i cittadini minorenni che forniscono un numero di Social Security non sono tenuti a presentare alcuna documentazione relativa alla loro cittadinanza o identità, se idonei a Child Health Plus.

INVIARE PROVA **Fare riferimento ai "Documenti richiesti per la presentazione della domanda di assicurazione sanitaria" nelle istruzioni (pagine 1-3) e alla "Lista documenti per l'assicurazione sanitaria" per avere un elenco dei documenti comprovanti identità, cittadinanza o status d'immigrazione.**

***Codici gruppo etnico (opzionali):** A-Asiatico, B-Nero o Afroamericano, I- Nativo Americano o dell'Alaska, P- Nativo di Hawaii o altra isola del Pacifico, W-Bianco, U-Non noto. Indicare anche se si è Ispanici o Latini-H

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: ☐
Spuntare questa casella, in caso di assenza di reddito da lavoro: ☐

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

Reddito da capitale: comprende indennità Social Security, disabilità, disoccupazione, interessi e dividendi, indennità reduci di guerra, Workers' Compensation, alimenti/pagamenti supporto figli, reddito da locazione, pensione, rendite e reddito da conto fiduciario. Spuntare questa casella in caso di assenza di reddito da capitale: ☐

Nome persona	Tipologia di reddito/Fonte	Importo (al lordo delle imposte)	Frequenza (settimanale, mensile)

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

Nome persona	Tipologia di reddito/Fonte	Importo (al lordo delle imposte)	Frequenza (settimanale, mensile)

Altro: assistenza (economica) temporanea, versamenti Supplemental Security Income (SSI), prestiti o borse di studio studenti. Spuntare questa casella in assenza di tutte queste voci: ☐

Nome persona	Tipologia di reddito/Fonte	Importo (al lordo delle imposte)	Frequenza (settimanale, mensile)

1. Il richiedente o un adulto richiedente indicato nella sezione B non percepisce alcun reddito? ☐ No ☐ Sì Chi? _____

2. Se il richiedente non percepisce alcuno dei redditi summenzionati, spiegare in che modo vive:
(ad esempio con un amico o parente)

3. Il richiedente ha cambiato lavoro o smesso di lavorare nel corso dell'ultimo trimestre? ☐ No ☐ Sì
In caso di risposta affermativa: L'ultimo lavoro è stato: Data _____/_____/_____ Nome datore di lavoro:

4. Il richiedente è uno studente iscritto a un programma professionale per studenti universitari o per laureati? ☐ No ☐ Sì
In caso di risposta affermativa: ☐ A tempo pieno ☐ A tempo parziale ☐ Studente universitario ☐ Laureato Nome studente:

5. Il richiedente deve sostenere spese per l'assistenza ai figli (o a un adulto disabile) per poter lavorare o frequentare una scuola? ☐ 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)

6. Anche se il richiedente non risulta idoneo alla copertura di Medicaid o Family Health Plus, potrebbe essere idoneo al Family Planning Benefit Program.
Desidera ricevere soltanto le prestazioni relative al Family Planning Services? ☐ No ☐ Sì

Sezione D Assicurazione sanitaria

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

1. Il richiedente gode già dei servizi Medicare? ☐ No ☐ Sì **In caso di risposta affermativa, allegare una copia della tessera (rossa, bianca e blu) per ciascun beneficiario Medicare.** INVIARE PROVA **Compilare la parte restante della presente domanda e il Supplemento A.**

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

Nome assicurato (principale) _____ Persone coperte _____ Costo polizza _____ Data finale copertura, se prossima _____/_____/_____

Nota: Se si sta richiedendo soltanto il Medicare Savings Program (MSP), passare alla sezione G. NON è necessario compilare il Supplemento A.

3. Il genitore/patrigno/matrigna di un richiedente minorenne è un dipendente pubblico in grado di usufruire di una copertura familiare attraverso un programma di prestazioni sanitarie statale? (vedi istruzioni) ☐ No ☐ Sì
In caso di risposta affermativa, l'agenzia pubblica per cui lavora il dipendente sostiene completamente o in parte il costo del programma sanitario? ☐ No ☐ Sì

4. Nel corso dell'ultimo semestre, qualcuno ha perso o annullato un'assicurazione sanitaria di qualsiasi tipo fornita dal datore di lavoro? ☐ No ☐ Sì
(In caso di risposta negativa, passare alla domanda 5) In caso di risposta affermativa, in quale data ha perso la copertura? _____/_____/_____
Mese Giorno Anno

La risposta a questa domanda ci aiuterà a capire perché le persone cambiano assicurazione sanitaria.

Perché la persona (o le persone) non gode più dell'assicurazione sanitaria? (spuntare una sola casella)

- ☐ 1. La persona che aveva l'assicurazione non lavora più per il datore di lavoro che la forniva.
- ☐ 2. Il datore di lavoro non offre più l'assicurazione sanitaria.
- ☐ 3. Il datore di lavoro non offre più l'assicurazione sanitaria per il figlio (o i figli) oppure ha smesso di sostenere la spesa dell'assicurazione sanitaria per il figlio (o i figli), ma senza interrompere la copertura del genitore che lavora.
- ☐ 4. Il costo dell'assicurazione sanitaria è aumentato e non era più sostenibile.
- ☐ 5. Il costo di Child Health Plus o Family Health Plus è inferiore all'assicurazione che aveva in passato la persona (o le persone).
- ☐ 6. Child Health Plus o Family Health Plus offre prestazioni migliori rispetto all'assicurazione che aveva in passato la persona (o le persone).

5. Il lavoro che svolge attualmente il richiedente offre l'assicurazione sanitaria? **Potremmo essere in grado di sostenere una parte della spesa.** ☐ No ☐ Sì
In caso di risposta affermativa, 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 cadenza viene pagato? ☐ ogni mese ☐ 2 volte l'anno ☐ ogni 3 mesi (4 volte l'anno) ☐ 1 volta l'anno

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

Sezione F Non vedente, disabile, malato cronico o assistenza 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
In caso di risposta affermativa, completare la compilazione della presente domanda **E** del Supplemento A.

2. Il richiedente o qualcuno che vive con il richiedente, è non vedente, disabile o malato cronico? ☐ No ☐ Sì In caso di risposta affermativa, completare la compilazione della presente domanda **E** del Supplemento A.
Nota: Se si sta richiedendo soltanto il Medicare Savings Program (MSP), passare alla sezione G. Non è necessario compilare il Supplemento A.

Sezione G Altre domande in materia sanitaria

1. Il richiedente ha saldato / non saldato fatture mediche o per prescrizioni questo mese oppure nel trimestre precedente? Medicaid potrebbe essere in grado di saldare le fatture oppure rimborsarle.

☐ No ☐ Sì In caso di risposta affermativa: Nome: _____ A quale mese(i) del trimestre precedente fanno riferimento le fatture mediche? _____

INVIARE PROVA **del reddito per ogni mese nel trimestre a cui fanno riferimento le fatture. Se ha saldato fatture mediche per cui desidera ottenere il rimborso, inviare le relative copie e una prova del pagamento.**

2. Il richiedente ha fatture mediche o per 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 dello Stato di New York nel corso dell'ultimo trimestre? ☐ No ☐ Sì

In caso di risposta affermativa, chi? _____ Quale Stato? _____ 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 una Workers' Compensation per infortunio sul lavoro 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 deceduto o che non vive in casa

Le famiglie che presentano la domanda per i figli e le donne in gravidanza **NON** sono tenute a compilare questa sezione. Tutti gli altri richiedenti di almeno 21 anni d'età devono essere disposti a fornire informazioni sul genitore di un richiedente minorenne o 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 danni fisici o emotivi 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 la motivazione per tali timori.

1. Il coniuge o genitore del richiedente è deceduto? ☐ No ☐ Sì

In caso di risposta affermativa, nome del richiedente con coniuge o genitore deceduto : _____ (In caso di coniuge o genitore deceduto, passare alla domanda 3.)

2. Un genitore del richiedente minorenne vive fuori casa? (In caso di risposta negativa, passare alla domanda 3) ☐ No ☐ Sì

Se si temono danni fisici o emotivi a seguito della comunicazione di informazioni sul genitore che vive fuori casa, spuntare questa casella ☐

Nome del figlio:	**Nome del genitore che vive fuori casa**	**Indirizzo attuale o ultimo indirizzo noto:**
	_____ Data di nascita (se nota): _____/_____/_____	Via: _____ Città/Stato: _____ SSN (se noto): _____
Nome del figlio:	**Nome del genitore che vive fuori casa**	**Indirizzo attuale o ultimo indirizzo noto:**
	_____ Data di nascita (se nota): _____/_____/_____	Via: _____ Città/Stato: _____ SSN (se noto): _____

3. Il richiedente è ancora coniugato con qualcuno che vive fuori casa? ☐ No ☐ Sì In caso di risposta affermativa, nome del richiedente ancora coniugato: _____

Se si temono danni fisici o emotivi a seguito della comunicazione di informazioni sul coniuge che vive fuori casa, spuntare questa casella ☐

Nome del coniuge che vive fuori casa:	**Data di nascita (se nota):**	**Indirizzo attuale o ultimo indirizzo noto:**
	_____/_____/_____	Via: _____ Città/Stato: _____ SSN (se noto): _____

Sezione I Scelta del programma sanitario

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

IMPORTANTE: coloro i quali hanno Family Health Plus e Child Health Plus **devono** scegliere un programma sanitario per usufruire dei servizi sanitari. La maggior parte di coloro che hanno Medicaid **deve** scegliere un programma sanitario; in caso contrario, il richiedente potrebbe essere iscritto automaticamente a un programma, a meno che non risulti esente. **Per Medicaid e Family Health Plus:** 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 **New York Medicaid CHOICE** al n. 1-800-505-5678 oppure chiamare o recarsi presso il Department of Social Services locale. Per avere informazioni sui programmi Child Health Plus, chiamare il n. 1-800-698-4543. 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, sempre che esso fornisca Medicaid. Se il richiedente vive in una contea che non prescrive che chi ha Medicaid debba iscriversi a un programma sanitario, 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. Social Security	Nome del programma sanitario a cui ci si sta iscrivendo	Medico o Centro sanitario prescelto (opzionale). Spuntare la casella se è l'attuale fornitore	OST/GIN (opzionale)
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

Sezione J Firma

Accetto che le informazioni riportate nella presente domanda e nel rinnovo annuale vengano condivise unicamente con Medicaid, Family Health Plus e Child Health Plus, 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, Family Health Plus, Child Health Plus o al fine di valutare il successo dei programmi stessi. Ciascun richiedente adulto è tenuto a firmare la domanda nello spazio sottostante. Firmando la presente domanda, sono consapevole che chiunque richieda i servizi di Medicaid, Family Health Plus e Child Health Plus sarà iscritto nel programma più appropriato, purché idoneo. **Ho preso visione e compreso i termini, i diritti e le responsabilità riportati nel presente opuscolo in relazione alla domanda alla pagina seguente.** 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 di adulto richiedente o rappresentante autorizzato per il richiedente*

_____ _____

Data *Firma di adulto richiedente o rappresentante autorizzato per il richiedente*

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

- Sono consapevole della necessità di fornire le informazioni necessarie a dimostrare la mia idoneità a partecipare a ciascun programma. Nel caso in cui non riesca a raccogliere le informazioni per Medicaid o Family Health Plus, informerò il distretto dei servizi sociali, che potrebbe aiutarmi ad ottenere le informazioni.
- Nel caso in cui la domanda sia inoltrata a una sede diversa dal dipartimento locale dei servizi sociali e i miei figli non risultino idonei a Medicaid con la presente domanda, posso contattare il dipartimento locale dei servizi sociali per verificare se siano idonei a Medicaid sulla base di altre motivazioni.
- Sono consapevole che gli addetti ai programmi per i quali i miei familiari o io stesso abbiamo presentato domanda potranno controllare le informazioni che ho fornito in relazione alla domanda. Le agenzie che gestiscono i programmi manterranno le informazioni riservate nel rispetto di 42 U.S.C. 1396a (a) (7) e 42 CFR 431.300-431.307, oltre che delle altre leggi e norme in vigore a livello federale e statale.
- Richiedendo Child Health Plus, accetto di versare il premio applicabile non pagato dallo Stato di New York.
- Sono consapevole che Medicaid, Family Health Plus e Child Health Plus non sosterranno le spese mediche di cui dovrebbe farsi carico l'assicurazione o un altro soggetto; e che, richiedendo Medicaid o Family Health Plus, concedo all'agenzia tutti i miei diritti a pretendere ed ottenere supporto medico dal coniuge o dal genitore di una persona di età inferiore a 21 anni, così come il mio diritto a pretendere e ricevere i pagamenti di terzi per l'intera durata di godimento delle prestazioni.
- Richiederò le indennità dell'assicurazione sanitaria o dell'assicurazione infortuni o altre risorse a cui ho diritto. Sono consapevole di avere diritto ad invocare la giusta causa a non collaborare all'utilizzo dell'assicurazione sanitaria nel caso in cui ciò possa danneggiare la mia salute o sicurezza oppure la salute e la sicurezza di una persona terza di cui io sia legalmente responsabile.
- Sono consapevole che la mia idoneità a partecipare ai programmi non sarà influenzata dalla mia etnia, colore o paese d'origine. Sono inoltre consapevole che, in base ai requisiti dei singoli programmi, la mia età, sesso, disabilità o cittadinanza potrebbe influenzare la mia idoneità.
- Sono consapevole che, nel caso in cui mio figlio stia partecipando a Medicaid o Family Health Plus, potrà avere accesso alle cure preventive e primarie complete, compresi tutti i trattamenti necessari, attraverso il Child/Teen Health Program. Il dipartimento locale dei servizi sociali sarà in grado di fornirmi ulteriori informazioni sul programma.
- Sono consapevole che chiunque non affermi il vero o nasconda la verità in maniera consapevole con lo scopo di avere accesso ai servizi dei programmi sta compiendo un reato e sarà passibile delle sanzioni previste a livello federale e statale, compresi l'eventuale rimborso delle prestazioni ricevute e il pagamento delle sanzioni civili. Il New York State Department of Tax and Finance ha il diritto di prendere visione delle informazioni relative al reddito incluse nel presente modulo.

NUMERO DI SOCIAL SECURITY

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

SOLTANTO PER I RICHIEDENTI MEDICAID

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

FAMILY HEALTH PLUS AND MEDICAID MANAGED CARE

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

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

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

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

- **Divulgazione di informazioni mediche**
  Autorizzo la divulgazione di informazioni mediche su di me e su quei membri della mia famiglia per i quali posso fornire l'autorizzazione:
  - Tramite il mio PCP, altri fornitori di assistenza sanitaria o il New York State Department of Health (NYSDOH) al mio programma sanitario e ad ogni fornitore di assistenza sanitaria che presti cure a me o ai miei familiari, nei limiti di quanto sia ragionevolmente necessario per il mio programma sanitario o affinché i miei fornitori di cure possano garantire trattamenti, pagamenti o interventi d'assistenza. Ciò può comprendere le informazioni di natura farmacologica o medica necessarie a gestire il mio trattamento;
  - Tramite il mio programma sanitario e i fornitori di assistenza sanitaria, al NYSDOH e ad altre agenzie autorizzate federali, statali e locali per la gestione dei programmi Medicaid, Child Health Plus e Family Health Plus; e
  - Tramite il mio programma sanitario, ad altre persone o organizzazioni, nei limiti di quanto è ragionevolmente necessario affinché il mio programma sanitario possa garantire trattamenti, pagamenti o interventi d'assistenza.

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

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

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

RISERVATO ALL'UFFICIO

Da compilare ad opera della persona che fornisce assistenza al richiedente

Firma della persona che ha ottenuto le informazioni sull'idoneità: X_____	Dipendente di: (spuntare una sola casella) ☐ Agenzia incaricata di aiutare i richiedenti con la procedura d'iscrizione a livello di comunità ☐ Programma sanitario ☐ Distretto servizi sociali ☐ Agenzia di fornitura assistenza ☐ Soggetti qualificati Nome datore di lavoro: _____

Da compilare ad opera della persona incaricata di aiutare il richiedente con la procedura d'iscrizione

Persona incaricata di aiutare il richiedente con la procedura d'iscrizione:		Agenzia principale/Nome programma:		Org. principale/ID programma:
Lingua utilizzata per l'assistenza alla domanda:	Data inizio domanda:	N. di serie domanda:	Data completamento domanda:	Inserire codice minore richiedente: Medicaid _____ CHPlus _____

Da utilizzare ad opera del Distretto locale dei servizi sociali

Idoneità stabilita da:	Data:	Idoneità approvata da:		Data:
Ufficio centrale:	Data domanda:	ID unità:		ID addetto:
Nome caso:	Distretto:	Tipologia caso:		N. caso:
Data entrata in vigore:	Codice motivazione disposizione MA: ☐ Codice rifiuto ☐ Ritiro	Procura: ☐ Sì ☐ No	N. registrazione:	Ver:

Da utilizzare ad opera dei programmi Child Health Plus

Disposizione CHPlus: ☐ Approvato ☐ Rifiutato	Codice rifiuto:	Data entrata in vigore:	N. minori iscritti (CHPlus):