

Access NY Supplemento A

Il presente supplemento deve essere compilato se il richiedente:

- Ha 65 anni o più
- È certificato come non vedente o disabile (di qualsiasi età)
- Non ha la certificazione di disabilità, ma è malato cronico
- È ricoverato e richiede copertura per assistenza in casa di cura, comprese le cure ospedaliere equivalenti all'assistenza in casa di cura

Nota: Se il richiedente presenta la domanda solo per il Medicare Savings Program (MSP), non è necessario compilare il presente supplemento.

ISTRUZIONI:

- Compilare le sezioni da A a F e firmare il presente supplemento.
- Se il richiedente o un componente della sua famiglia presenta domanda per la copertura dell'assistenza in casa di cura, è necessario compilare anche le sezioni da G a I.

A. Il presente supplemento viene compilato per:

Cognome	Nome	Secondo nome	Numero di previdenza sociale	Stato civile

Nota: Le rimanenti domande sono riservate alla(e) persona(e) summenzionata(e).

B. Non vedente, disabile o malato cronico

1. Il richiedente è un malato cronico? Sì No
(Un malato cronico è inabile al lavoro per almeno 12 mesi a causa di una malattia o lesione, oppure ha una malattia o un danno invalidante che dura o è probabile che abbia una durata di almeno 12 mesi.)

2. Il richiedente è certificato come non vedente da parte della Commission for the Blind and Visually Handicapped?
(In caso di risposta affermativa, inviare un documento di prova.) Sì No

3. Se il richiedente è disabile e lavoratore, è interessato a presentare la domanda per il programma MBI-WPD? Sì No
Il Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) offre la copertura Medicaid per persone disabili che lavorano, di almeno 16 anni di età, ma che non abbiano ancora compiuto 65 anni. Il programma consente livelli di reddito più alti rispetto al normale programma Medicaid cosicché i lavoratori disabili possono guadagnare di più e mantenere la copertura Medicaid.

C. Il richiedente vive in una casa per adulti o in una struttura assistita?

Sì No

D. Risorse/Attività (spuntare la casella che interessa):

- Il richiedente sta presentando la domanda per la copertura Medicaid, ma non per la copertura di servizi di assistenza a lungo termine a livello di comunità. Il richiedente può attestare l'ammontare delle sue risorse. Il richiedente non deve presentare la documentazione delle sue risorse. Nella presente copertura non sono comprese l'assistenza in casa di cura, l'assistenza domiciliare o i servizi di assistenza sanitaria a lungo termine a livello di comunità sotto elencati.*
- Il richiedente sta presentando la domanda per la copertura di servizi di assistenza a lungo termine a livello di comunità. Il richiedente deve presentare la documentazione relativa all'ammontare delle sue risorse.* I presenti servizi comprendono:

- Assistenza sanitaria diurna per adulti
- Assistenza domiciliare con licenza limitata
- Assistenza infermieristica privata
- Ricovero in comunità
- Programma residenziale ricoveri
- Programma di assistenza quotidiana
- Programma di assistenza personale indirizzato al consumatore
- Servizi agenzia di assistenza sanitaria domiciliare certificata
- Struttura sanitaria residenziale
- Servizi di assistenza personale in caso di emergenza
- Servizi di assistenza personale
- Assistenza a lungo termine gestita a livello di comunità
- Esenzioni e altri servizi forniti tramite programma di servizi a domicilio e a livello di comunità

Nota: Alcuni esempi di programmi domiciliari e a livello di comunità che forniscono esenzioni e altri servizi sono: il Traumatic Brain Injury Program e il Long Term Home Health Care Program.

- Il richiedente è ricoverato e presenta la domanda per la copertura dell'assistenza in casa di cura. Il richiedente deve presentare la documentazione relativa alle sue risorse dal 1° febbraio 2006 o negli ultimi 60 mesi, a seconda di quale dei due periodi è più breve.

*Il richiedente può risultare idoneo ai servizi di assistenza riabilitativa a breve termine. I servizi di assistenza riabilitativa a breve termine comprendono un accesso/un'ammissione in un periodo di 12 mesi fino a 29 giorni consecutivi di assistenza in casa di cura e/o di assistenza sanitaria domiciliare certificata.

Elencare tutte le risorse in possesso del richiedente e/o del coniuge/genitore(i), inclusi i depositi a custodia. In caso di domanda per la copertura di assistenza in casa di cura, elencare anche i conti chiusi dal 1° febbraio 2006 o negli ultimi 60 mesi, a seconda di quale sia il periodo più breve; includere il saldo alla chiusura e spiegare dove il saldo è stato trasferito o come è stato speso. In un foglio di carta a parte, fornire chiarimenti in merito a ciascuna transazione pari a \$2.000 o oltre. Nota: Medicaid ha il diritto di sottoporre a revisione tutte le transazioni effettuate durante il periodo di valutazione del trasferimento.

1. Conti correnti/Conti di risparmio/Conti di cooperativa di credito/Certificati di deposito (CD):

Nome della Banca e numero del conto	Nome titolare(i)	Ammontare attuale in dollari	Saldo conto chiuso/ Data chiusura
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

2. Fondi pensione (compensazione differita, IRA e/o Keogh):

Numero del conto	Nome titolare(i)	Tipo/Istituto	Ammontare attuale in dollari	Pagamento
			\$	<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"/> Sì <input type="checkbox"/> No

3. Polizze di assicurazione sulla vita:				
Compagnia di assicurazione	Numero polizza	Nome titolare(i)	Valore monetario	Valore nominale
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

4. Rendite, azioni, obbligazioni, fondi comuni d'investimento:			
Nome titolare(i)	Società	Data di acquisto	Valore
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

5. Conti fiduciari: Se il richiedente e/o il coniuge ha creato o è beneficiario di un conto fiduciario, presentarne una copia, incluso il prospetto delle attività fiduciarie.					
Denominazione del conto fiduciario	Concedente	Fiduciario(i)	Attività	Beneficiario	Reddito
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

6. Attività/Contratti per spese funebri: (Allegare copie)

Il richiedente e/o il coniuge ha stipulato un accordo per il funerale prepagato per sé o per un membro della sua famiglia? Sì No

Il richiedente e/o il coniuge possiede uno spazio o un appezzamento di terra per la sepoltura propria o di un familiare? Sì No

Il richiedente e/o il coniuge possiede denaro in un conto bancario al fine di costituire un fondo per le spese funebri? Sì No

In caso di **risposta affermativa**, in quale(i) conto(i) si trova il fondo per le spese funebri del richiedente e/o del coniuge?

Nome della banca e numero del conto	Nome titolare(i)	Valore
		\$
		\$
		\$

Il richiedente ha un'assicurazione sulla vita da utilizzare come fondo per le spese funebri? Sì No

In caso di risposta **affermativa**, qual è il numero della polizza? _____

In caso di risposta **affermativa**, l'intero valore monetario è destinato ad essere usato per le spese funebri del richiedente? Sì No

Il coniuge del richiedente ha un'assicurazione sulla vita da utilizzare come fondo per le spese funebri? Sì No

In caso di risposta **affermativa**, qual è il numero della polizza? _____

In caso di risposta **affermativa**, l'intero valore monetario deve essere usato per le spese funebri? Sì No

7. Veicolo(i): Elenco completo di automobili, camion e furgoni. Elenco completo dei veicoli da diporto, compresi camper, motoslitte, barche e motocicli.				
Nome proprietario(i)	Anno/Marca/Modello	Valore equo di mercato	Ammontare posseduto	In uso?
			\$	<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"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

8. Valore reale del patrimonio abitativo:

Se il richiedente è proprietario della propria casa, qual è il suo valore reale? \$ _____

Nota: Il valore reale è il valore equo di mercato meno eventuali diritti di pegno non pagati, ipoteche, ecc.

9. Elenco di eventuali altre risorse:

Tipo di risorsa	Nome titolare(i)	Valore
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

E. Beni immobili (diversi dall'abitazione)

Il richiedente e/o il coniuge possiede o ha un interesse legale in altri beni immobili? (Spuntare la casella che interessa) Sì No

<input type="checkbox"/> Reddito da affitto di proprietà	<input type="checkbox"/> Casa per le vacanze	<input type="checkbox"/> Multiproprietà	<input type="checkbox"/> Terreno non sfruttato	<input type="checkbox"/> Altri diritti di proprietà (interni o esterni allo Stato di New York)
--	--	---	--	--

In caso di risposta **affermativa**, rispondere alle domande seguenti:

Nome e indirizzo proprietario(i)	Indirizzo della proprietà	Tipo di possesso (Spuntare una casella)	Valore reale
		<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Comproprietà <input type="checkbox"/> Proprietà in usufrutto	\$
		<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Comproprietà <input type="checkbox"/> Proprietà in usufrutto	\$
		<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Comproprietà <input type="checkbox"/> Proprietà in usufrutto	\$
		<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Comproprietà <input type="checkbox"/> Proprietà in usufrutto	\$

F. Concessione di terra in usufrutto da parte dello Stato

1. Il richiedente e/o il coniuge possiede o ha un interesse legale nella propria casa, incluso un usufrutto? Sì No

2. Se il richiedente si trova in una struttura sanitaria e possiede una casa propria, ha intenzione di ritornarvi? Sì No

3. In caso di risposta **negativa**, c'è qualcuno che vive in casa? Sì No

Chi vive in casa? _____

Qual è il rapporto tra questa persona e il richiedente e/o il coniuge del richiedente? _____

Se il richiedente e/o il figlio (di qualsiasi età) del coniuge del richiedente vive in casa, detto figlio è disabile? Sì No

Nota: Se esiste un impedimento legale che non permette al richiedente di vendere la proprietà, questa non viene considerata al momento di stabilire l'idoneità a Medicaid.

FINE DEL PRESENTE MODULO a meno che il richiedente o un componente del suo nucleo familiare sia ricoverato e presenti domanda per la copertura dell'assistenza in casa di cura. Tuttavia, FIRMARE l'ultima pagina del presente documento.

G. Richiedente che vive in una casa di cura/struttura di assistenza sanitaria a lungo termine

Denominazione della struttura	Data di ammissione / /	Numero di telefono ()	
Indirizzo	Città	Stato	CAP
Precedente indirizzo del richiedente	Città	Stato	CAP

H. Trasferimenti di attività

1. Trasferimenti

- a. Il richiedente, il coniuge o qualcuno per suo conto, ha trasferito, cambiato la proprietà, ceduto o venduto attività, inclusa la casa del richiedente o altro bene immobile? Sì No
- b. Il richiedente sta effettuando la vendita di proprietà? Sì No
- c. Il richiedente, il coniuge o qualcuno per suo conto, ha modificato l'atto o la proprietà di beni immobili, inclusa la creazione di una proprietà in usufrutto? In caso di risposta **affermativa**, quando? _____ Sì No
- d. Se il richiedente ha acquisito una proprietà in usufrutto in relazione alla casa di un'altra persona, ha vissuto in quella casa per almeno un anno dopo l'acquisizione? Sì No
- e. Il richiedente, il coniuge o qualcuno per suo conto, ha contratto un mutuo, prestito o pagherò? In caso di risposta **affermativa**, quando? _____ Sì No
- f. Il richiedente, il coniuge o qualcuno per suo conto, ha acquisito o modificato una rendita? In caso di risposta **affermativa**, quando? _____ Sì No

2. Negli ultimi 60 mesi, il richiedente o il coniuge ha creato o trasferito attività relative a un conto fiduciario? Sì No

In caso di risposta affermativa a una qualsiasi delle domande sopra riportate, fornire chiarimenti in merito al trasferimento o ai trasferimenti qui sotto. Allegare documenti aggiuntivi, se necessario.

Descrizione attività (reddito incluso)	Data del trasferimento	Destinatario del trasferimento	Ammontare del trasferimento
			\$
			\$
			\$
			\$

3. Il richiedente, il coniuge o qualcuno per suo conto ha versato un acconto a qualche struttura residenziale o sanitaria, quale una casa di cura, una struttura assistita, una casa di riposo e assistenza continua per anziani o una comunità di cura? **In caso di risposta affermativa, inviare una copia dell'accordo.** Sì No

I. Dichiarazioni dei redditi

- Il richiedente e/o il coniuge ha presentato dichiarazioni dei redditi U.S.A. negli ultimi quattro anni? Sì No
In caso di risposta affermativa, inviare copie delle suddette dichiarazioni.

Se si riceve Medicaid, è possibile che venga posto in essere un diritto di pegno ed effettuato un recupero sulle proprietà immobiliari del richiedente in particolari circostanze, se il richiedente si trova in un'istituto sanitario ed è probabile che non torni a casa. I servizi Medicaid erogati per conto del richiedente possono essere recuperati dalle persone che erano legalmente responsabili della sua assistenza nel momento di erogazione dei servizi sanitari. Medicaid può anche recuperare il costo di servizi e i premi non correttamente versati.

Le leggi federali e statali stabiliscono che qualsiasi trasferimento patrimoniale inferiore al valore equo di mercato effettuato da un individuo o dal rispettivo coniuge entro il periodo di valutazione ("look-back period") relativo al trasferimento (o di 60 mesi nel caso di trasferimenti relativi a conto fiduciario) prima del primo giorno del mese in cui l'individuo riceve servizi in strutture di cura e sia considerato altrimenti idoneo alla copertura Medicaid per servizi in strutture di cura, può far sì che detto individuo risulti non idoneo per un certo tempo a ricevere i servizi in strutture di cura.

Come condizione per la copertura da parte di Medicaid di servizi in strutture di cura, i richiedenti sono tenuti a produrre una descrizione di qualsiasi interesse abbia l'individuo o il rispettivo coniuge in una rendita. Questa comunicazione è necessaria indipendentemente dal fatto che la rendita sia una risorsa irrevocabile o numerabile.

In aggiunta all'acquisizione di una rendita, alcune transazioni eseguite in relazione alla rendita dal richiedente o dal rispettivo coniuge in data 8 febbraio 2006 o in date successive, possono essere considerate trasferimenti, a meno che:

- Lo Stato venga nominato beneficiario della rimanenza al primo posto almeno per l'ammontare di Medicaid versato per conto del beneficiario della rendita; o
- Lo Stato venga nominato al secondo posto dopo il coniuge in comunione di beni o un figlio disabile o minorenne, oppure al primo posto se il suddetto coniuge o il rappresentante del figlio aliena detta rimanenza per un valore inferiore al valore equo di mercato.

Qualora la documentazione attestante la nomina dello Stato a beneficiario della rimanenza non fosse presentata, il richiedente potrebbe risultare non idoneo alla copertura per l'assistenza in strutture di cura.

Qualora la rendita fosse una risorsa numerabile al momento della presentazione della domanda, non è necessario che il richiedente /il coniuge nomini lo Stato quale beneficiario della rimanenza.

Dichiaro, sotto giuramento e a pena di falsa testimonianza, che le informazioni riportate nel presente modulo sono corrette e complete per quanto di mia conoscenza. Sono consapevole di dover riferire qualsiasi modifica concernente le suddette informazioni entro 10 giorni dal verificarsi del cambiamento.

X _____
FIRMA DEL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE

X _____
DATA FIRMA

X _____
FIRMA DEL CONIUGE DEL RICHIEDENTE

X _____
DATA FIRMA