

NECESSITÀ IMMEDIATA DI SERVIZI DI ASSISTENZA PERSONALE/SERVIZI DI ASSISTENZA PERSONALE DIRETTI DAL CONSUMATORE

Se ritiene di avere un bisogno immediato di servizi di assistenza personale (Personal Care Services, PCS) o di servizi di assistenza personale diretta al consumatore (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS), come le pulizie domestiche, la preparazione dei pasti, l'igiene personale o l'utilizzo di servizi igienici, la sua idoneità per questi servizi può essere esaminata più rapidamente se soddisfa le seguenti condizioni:

- Non ha assistenti sanitari informali disponibili, capaci e disposti a fornire o continuare a fornire assistenza;
- Non sta ricevendo l'aiuto necessario da un'agenzia di servizi di assistenza domiciliare;
- Non ha attrezzature o forniture adattabili o specializzate per soddisfare le sue esigenze;
- Non ha un'assicurazione di terze parti o benefici Medicare disponibili per pagare l'aiuto necessario.

Se non dispone già di una copertura Medicaid e soddisfa le condizioni di cui sopra, può chiedere che la sua domanda Medicaid venga elaborata più rapidamente inviando: una domanda di assicurazione sanitaria Access NY (DOH-4220) debitamente compilata; l'Access NY Supplement A (DOH-5178A), se necessario; una richiesta di prestazioni da parte del medico (DOH-4359 o HCSP-M11Q) o un Practitioner Statement of Need (dichiarazione di necessità da parte del medico, DOH-5779) (si veda la NOTA in basso); e una "Attestation of Immediate Need" firmata (pagina 3 del presente avviso).

Se dispone già di una copertura Medicaid che non include la copertura per i servizi comunitari di assistenza a lungo termine, deve inviare il modulo Access NY Supplement A (DOH-5178A) debitamente compilato; una richiesta di prestazioni da parte del medico (DOH-4359 o HCSP-M11Q) o un Practitioner Statement of Need (dichiarazione di necessità da parte del medico, DOH-5779) per i servizi (si veda la NOTA in basso); e una "Attestation of Immediate Need" firmata (pagina 3 del presente avviso).

Se dispone già di una copertura Medicaid che include la copertura per i servizi comunitari di assistenza a lungo termine, è necessario inviare una richiesta di prestazioni da parte del medico (DOH-4359 o HCSP-M11Q) o un Practitioner Statement of Need (dichiarazione di necessità da parte del medico, DOH-5779) per i servizi (si veda la NOTA in basso); e una "Attestation of Immediate Need" firmata (pagina 3 del presente avviso).

NOTA: Se ha meno di 18 anni, deve avere una richiesta di prestazioni da parte del medico (DOH-4359 o HCSP-M11Q). Se ha almeno 18 anni, può avere un Practitioner Statement of Need (dichiarazione di necessità da parte del medico, DOH-5779) o una richiesta di prestazioni da parte del medico (DOH-4359 o HCSP-M11Q).

Se non dispone di una copertura Medicaid o dispone di una copertura Medicaid che non include la copertura per i servizi comunitari di assistenza a lungo termine: Tutti i moduli richiesti (vedere l'elenco relativo qui sopra) devono essere inviati all'ufficio locale dei servizi sociali o, se si vive a New York, all'Human Resources Administration (Amministrazione delle risorse umane, HRA). Non appena possibile, dopo aver ricevuto tutti questi moduli, l'ufficio dei servizi sociali/HRA verificherà che lei abbia inviato tutte le informazioni necessarie per determinare la sua idoneità a Medicaid. Se sono necessarie ulteriori informazioni, l'ufficio deve inviarle una lettera, entro e non oltre quattro giorni dal ricevimento di questi moduli richiesti, per richiedere le informazioni mancanti. Questa lettera le indicherà quali documenti o informazioni deve inviare e la data entro la quale deve inviarli. Entro e non oltre 7 giorni dalla ricezione delle informazioni necessarie, l'ufficio dei servizi sociali/HRA ha l'obbligo di comunicarle se ha diritto a Medicaid. Entro e non oltre 12 giorni dalla ricezione di tutte le informazioni necessarie, l'ufficio dei servizi sociali/HRA determinerà anche se ha diritto a ottenere PCS o CDPAS, se è stato ritenuto idoneo a Medicaid. Non può ottenere questa assistenza domiciliare da Medicaid a meno che lei non sia ritenuto idoneo a Medicaid. Se viene ritenuto idoneo a Medicaid e PCS o CDPAS, l'ufficio dei servizi sociali/HRA la informerà e riceverà l'assistenza domiciliare il più rapidamente possibile.

Se dispone già di una copertura Medicaid che include la copertura per i servizi comunitari di assistenza a lungo termine:

La richiesta di prestazioni da parte del medico (DOH-4359 o HCSP-M11Q) o il Practitioner Statement of Need (dichiarazione di necessità da parte del medico, DOH-5779) e l'Attestation of Immediate Need firmata devono essere inviati all'ufficio locale dei servizi sociali o all'HRA. Entro e non oltre 12 giorni dal ricevimento di questi moduli richiesti, l'ufficio dei servizi sociali/HRA determinerà se lei può ottenere PCS o CDPAS. Se viene ritenuto idoneo a PCS o CDPAS, il funzionario dei servizi sociali/HRA la informerà e riceverà assistenza domiciliare il più rapidamente possibile.

I moduli necessari possono essere richiesti al dipartimento locale dei servizi sociali o sono disponibili per essere stampati dal sito Web del Department of Health (dipartimento della salute) all'indirizzo: http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#apply

**Attestato di necessità immediata di servizi di assistenza personale/servizi
di assistenza personale diretti al consumatore**

Io, _____ (Nome)

dichiaro di aver bisogno di servizi di assistenza personale immediata o di servizi di assistenza personale diretta al consumatore.

Attesto inoltre che:

- Nessun assistente sanitario informale è disponibile, capace e disposto a fornirmi o continuare a fornirmi l'assistenza necessaria;
- Nessuna agenzia di servizi di assistenza domiciliare mi sta fornendo l'assistenza necessaria;
- Apparecchiature o forniture adattabili o specializzate, tra cui, a titolo esemplificativo, commode WC, orinatoi, deambulatori o sedie a rotelle, non sono disponibili per soddisfare, o non possono soddisfare, il mio bisogno di assistenza;
- L'assicurazione di terzi o i benefici Medicare non sono disponibili per pagare l'assistenza necessaria.

Dichiaro che le informazioni contenute in questo modulo sono corrette e complete per quanto a mia conoscenza.

FIRMA DEL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE

DATA DELLA FIRMA

**Individui che ricevono servizi di assistenza a lungo termine in una
casa di cura o in ospedale**

Se sta ricevendo servizi di assistenza a lungo termine in una casa di cura o in un ambiente ospedaliero e intende tornare a casa, la sua idoneità per i servizi di assistenza personale o per i servizi di assistenza personale diretti al consumatore potrebbe essere elaborata più rapidamente. Segua le indicazioni nella pagina precedente e compili le informazioni richieste di seguito.

Sono in una casa di cura o in un ospedale e questa è la data prevista del mio rientro a casa

DATA

Contattare me o il mio rappresentante legale chiamando il numero _____.