

Richiesta di informazioni per il Programma di risparmio Medicare

Scrivere in modo leggibile in stampatello in ogni campo ad eccezione delle aree con ombreggiatura scura

Richiedente _____ Tel. abitazione (____) _____
Nome Iniz. 2° nome Cognome

Indirizzo abitazione _____
Via App. Città Stato CAP Contea
È un centro di accoglienza? Sì No

Indirizzo postale _____
(Se diverso da quello sopra indicato) Via/Casella postale App. Città Stato CAP Contea

Nomi (Inserisca prima il suo nome. Indichi anche eventuali pseudonimi e i cognomi da nubile)

Nome	Iniz. 2° nome	Cognome	Data di nascita	Sesso	Numero SSN	Codice gruppo etnico (facolt.)
Me medesimo/a						
Coniuge						
Figlio/figlia*						

*Se minore di 18 anni di età. Se necessario, aggiunga un altro foglio per elencare altri figli.

Codici di appartenenza etnica: A - Asiatica B - Nera o Afroamericana H - Ispanica o latina I - Nativa Americana o dell'Alaska
(Può scegliere più di un codice) W - Bianca P - Nativa di Hawaii o di altra isola del Pacifico U - Non nota

Informazioni Medicare richiedente

Medicare n. _____ Dispone di Medicare Parte A? Sì No Decorrenza _____
(Dalla tessera rossa e blu Medicare) Dispone di Medicare Parte B? Sì No Decorrenza _____

Informazioni Medicare coniuge se presenta la richiesta

Medicare n. _____ Il/La coniuge dispone di Medicare Parte A? Sì No Decorrenza _____
(Dalla tessera rossa e blu Medicare) Il/La coniuge dispone di Medicare Parte B? Sì No Decorrenza _____

Desidera che prendiamo in considerazione il rimborso retroattivo del suo premio Medicare? Sì No

Lei o suo marito/sua moglie versa premi per un'assicurazione sanitaria diversa da Medicare? Sì No Chi? _____ Importo mensile \$ _____

Lei o suo marito/sua moglie versa assegni di mantenimento per i figli/per il coniuge? Sì No Chi? _____ Importo mensile \$ _____

Desidera presentare richiesta per tutti i sussidi Medicaid? Sì No

Elenchi di seguito ogni reddito disponibile, ad es. stipendio, emolumenti, pensione, previdenza sociale, indennità di liquidazione, reddito da locazione o d'impresa, etc. Indichi l'importo percepito al lordo di imposte o di altre detrazioni.

Nomi di richiedente, coniuge o figlio/figlia non disabile minore di 18 anni (Se necessario, aggiungere un altro foglio)	Chi fornisce il denaro? (Nome/fonte di reddito)	Quale importo?	Con quale frequenza? (settimanale, bisettimanale, mensile)

Desidera ricevere le comunicazioni in Solo inglese Italiano e inglese

Firmando il presente modulo, sono consapevole che tutte le persone indicate in elenco quali richiedenti del Programma di risparmio Medicare saranno iscritte al programma appropriato, purché idonee. Ho preso visione e compreso i termini, i diritti e le responsabilità riportati alla pagina seguente. Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che tutti i dati riportati nella presente richiesta corrispondono a verità, per quanto di mia conoscenza.

Firma del richiedente o del rappresentante _____ Data _____

Firma del coniuge _____ Data _____

Indirizzo, numero di telefono e relazione del rappresentante _____

Documentazione

Dovrà fornire la documentazione comprovante il suo reddito e il versamento degli eventuali premi per l'assicurazione sanitaria. Consulti questo elenco e fornisca i documenti necessari per consentire al programma Medicaid di accertare la sua idoneità ad ulteriori sussidi. Se richiede il rimborso retroattivo dei suoi premi Medicare, dovrà fornire un documento comprovante il suo reddito nei tre mesi precedenti la "Data della richiesta" indicata nell'angolo in alto a destra del presente modulo.

- **Certificazione del reddito:** Buste paga, lettera del datore di lavoro, dichiarazione dei redditi, lettera di assegnazione di sussidi da rendite, ad esempio sussidi della previdenza sociale, di disoccupazione o per veterani, oppure lettera del locatore, dell'inquilino o del locatario.
- **Premi versati ad assicurazioni sanitarie diverse da Medicare:** Lettera del datore di lavoro, estratto conto dei premi o busta paga.

Per evitare ritardi nell'elaborazione, ricordi di apporre la firma e la data negli appositi spazi sopra indicati di questo modulo.

Termini, diritti e responsabilità

Compilando e firmando il presente modulo, chiedo di poter accedere al Programma di risparmio Medicare. **IL PAGAMENTO DEL PREMIO MEDICARE È UN SUSSIDIO MEDICAID.**

Sanzioni

Sono consapevole che la mia richiesta potrà essere sottoposta ad indagine, al cui svolgimento accetto di collaborare. Le leggi federali e statali prevedono sanzioni amministrative, pene detentive o entrambe se si rilasciano dichiarazioni false nella richiesta di sussidi Medicaid o in qualsiasi momento durante l'accertamento della propria idoneità oppure se si induce qualcuno a fornire dichiarazioni false riguardo alla presentazione della richiesta o alla conferma dell'idoneità. Si applicano sanzioni anche nel caso in cui si occultino o si ometta di rivelare fatti riguardanti la propria idoneità iniziale e successiva a Medicaid o nel caso in cui si occultino o si ometta di rivelare fatti che pregiudicherebbero il diritto di qualcuno, per il quale è stata presentata la richiesta, di ottenere o continuare a ricevere sussidi Medicaid; tali sussidi dovranno essere utilizzati da quest'ultima persona e non da altri.

Modifiche

Accetto di informare prontamente, in fede e coscienza, l'agenzia di eventuali variazioni riguardanti le mie necessità, il reddito, le proprietà, la sistemazione abitativa o l'indirizzo.

Numero di previdenza sociale (SSN)

Se presenta la richiesta per il Programma di risparmio Medicare, deve indicare il suo SSN, a meno che lei non sia in gravidanza. Le leggi che lo stabiliscono sono: 18NYCRR Articoli 351.2, 360-1.2 e 360-3.2(j)(3); 42USC 1320b-7. I numeri SSN sono utilizzati in diversi modi, sia nell'ambito dei distretti locali per i servizi sociali sia tra distretti locali per i servizi sociali e agenzie federali, statali e locali, nello Stato di New York e in altre giurisdizioni. Alcuni utilizzi hanno lo scopo di: verificare 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 il sostegno per i minori e verificare se i richiedenti possono ottenere aiuti economici o di altro tipo.

Certificazione della cittadinanza e dello status di immigrazione

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, certifico che il firmatario di questo modulo e/o il suo rappresentante è cittadino/a statunitense o cittadino/a statunitense nato/a all'estero oppure possiede uno status di immigrazione idoneo. Riconosco che, all'occorrenza, le informazioni sul mio conto saranno inoltrate ai Servizi degli Stati Uniti per la cittadinanza e l'immigrazione (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) per la verifica dello status di immigrazione. Sono inoltre consapevole che l'utilizzo o la diffusione di informazioni sul mio conto è limitata alle persone e alle organizzazioni direttamente connesse alla verifica dello status di immigrazione e all'amministrazione e attuazione delle disposizioni del programma Medicaid.

Principio di equità

La presente richiesta verrà presa in considerazione senza distinzione di origine etnica, colore della pelle, sesso, disabilità, credo religioso, nazionalità o appartenenza politica.

Certificazione

Apponendo la firma su questo modulo, giuro e dichiaro che le informazioni fornite o che fornirò al Dipartimento per i servizi sociali come base per Medicaid sono corrette. Conferisco inoltre al Dipartimento per i servizi sociali qualsiasi diritto io abbia di richiedere il sostegno delle persone legalmente responsabili della mia assistenza e di richiedere altre risorse terze. Sono consapevole che i servizi Medicaid erogati per mio conto possano essere recuperati dalle persone che erano legalmente responsabili della mia assistenza al momento dell'erogazione dei servizi sanitari.

Consenso

Sono consapevole che apponendo la mia firma a questo modulo di richiesta/certificazione accetto qualsiasi indagine condotta dal Dipartimento per i servizi sociali (Department of Social Services) per la verifica o la conferma delle informazioni che ho fornito o qualsiasi altra indagine svolta in connessione alla mia richiesta per la copertura Medicaid. Se saranno richieste, fornirò ulteriori informazioni.

Se dopo aver letto e compilato questo modulo lei decide di NON voler accedere al Programma di risparmio Medicare, apponga la sua firma sulla seguente riga.

Acconto al ritiro della richiesta _____ Data _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information			Date	Employed by		
Eligibility Determined by Worker (Date):				Eligibility Approved by (Date):		
Central/Office	Application Date	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case No	Reuse Ind.
Case Name		District		Registry No.		Ver.
Effective Date				Reason Code	Proxy	
<input type="checkbox"/> MA Disp. <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/> Withdrawal					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	