

**INDICAZIONI**

1. Scrivere in modo leggibile in stampatello. Non scrivere nelle aree ombreggiate.
2. Compilare il modulo in modo completo e accurato.
3. Firmare il modulo sul retro.
4. Restituire questa ricertificazione all'indirizzo indicato.

**NOME E INDIRIZZO DEL DISTRETTO LOCALE**

--

**LA RICERTIFICAZIONE RIPORTA**

- Nessuna modifica  
 Modifica  
 È richiesta documentazione in pendenza

CENTRO/UFFICIO	ID UNITÀ	ID LAVORATORE	TIPO DI CASO	NUMERO DEL CASO	DISTRETTO	DATE DI IDONEITÀ MA					
			20			Dal			Al		
						Giorno	Mese	Anno	Giorno	Mese	Anno
NOME DEL CASO		NOME DELLA PERSONA INTERVISTATA				CATEGORIE					

**INFORMAZIONI SUL DESTINATARIO**

NOME	INIZIALE SECONDO NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA		
			Giorno	Mese	Anno

SESSO <input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/> X	IDENTITÀ DI GENERE (FACOLTATIVO)* (VEDERE I CODICI IN BASSO)
---	--

\*Identità di genere: l'identità di genere è il modo in cui ci si percepisce e come ci si definisce. L'identità di genere può essere uguale o diversa dal sesso assegnato alla nascita. Codici di identità di genere: M-Maschio, F-Femmina, N-Non binario o non conforme, X-X, T-Transgender, D-Identità diversa: Descriva la sua identità nello spazio fornito.

NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE	ELENCARE ALTRI NOMI CON CUI IL DESTINATARIO È CONOSCIUTO	ONC
------------------------------	--	-----

NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA DEL DESTINATARIO

**INFORMAZIONI SUL CONIUGE DEL DESTINATARIO**

NOME DEL CONIUGE	INIZIALE SECONDO NOME	COGNOME DEL CONIUGE	DATA DI NASCITA		
			Giorno	Mese	Anno

IL CONIUGE È DECEDUTO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	IL CONIUGE FA DOMANDA/RICERTIFICA/RICEVE SUSSIDIO? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEL CONIUGE
--	---	--

INDIRIZZO DEL CONIUGE	NUMERO DI TELEFONO DEL CONIUGE ( )
-----------------------	---------------------------------------

ELENCHI ALTRI NOMI CON CUI È CONOSCIUTO IL SUO CONIUGE	ONC
--	-----

ELENCHI TUTTI I FAMILIARI A CARICO CHE VIVONO CON IL SUO CONIUGE	NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEL FAMILIARE	DATA DI NASCITA DEL MEMBRO DELLA FAMIGLIA		
		Giorno	Mese	Anno

QUAL È IL RAPPORTO DEL FAMILIARE CON LEI O CON IL SUO CONIUGE?

NOME E INDIRIZZO DELLA PERSONA CHE COMPILA IL PRESENTE MODULO (Se DIVERSA dal destinatario o dal coniuge del destinatario)	NUMERO DI TELEFONO DELLA PERSONA ( )
--	---

**RISORSE**

Non scrivere nell'area ombreggiata.

ELENCHI TUTTE LE EVENTUALI RISORSE DEL DESTINATARIO:

	SÌ	NO	VALORE \$	NUMERO DI CONTO		SEDE
Conto personale incidentale (PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Conto di risparmio (assegno/risparmio/ certificato di deposito in banca, cooperativa di credito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
In attesa di risoluzione di una causa, eredità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fondo fiduciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Assicurazione sulla vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rendita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Azioni, obbligazioni, buoni di risparmio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Immobili (comprese proprietà per le vacanze e tenute)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Immobile a reddito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Immobile non a reddito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Casa di proprietà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fondo comune di investimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
IRA, KEOGH, 401-K, indennità differita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Altro conto pensionistico o previdenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fondo per la sepoltura, trust per la sepoltura, spazio per la sepoltura (lotto cimiteriale), contratto funebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Altre risorse (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Veicolo a motore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anno	Marca	Modello

LEI O IL SUO CONIUGE AVETE VENDUTO, CEDUTO O TRASFERITO DENARO, REDDITO, BENI IMMOBILI O ALTRI BENI NEGLI ULTIMI 60 MESI?

SÌ	NO	PATRIMONIO	VALORE \$	A CHI È ANDATO?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Non scrivere nell'area ombreggiata.

<b>REDDITO</b>									
ELENCARE EVENTUALI REDDITI DEL BENEFICIARIO, DEL CONIUGE DEL BENEFICIARIO O DI UN FAMILIARE A CARICO:	REDDITO DEL DESTINATARIO			REDDITO DEL CONIUGE			REDDITO DEL FAMILIARE		
	SÌ	NO	IMPORTO \$	SÌ	NO	IMPORTO \$	SÌ	NO	IMPORTO \$
Previdenza sociale/pensionamento ferroviario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensioni per veterani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRA, KEOGH, 401-K, Indennità differita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pagamento degli alimenti/coniuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reddito da mutuo/locazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rendita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interessi da conti bancari, fondi comuni di investimento, azioni, unità di credito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dividendi da azioni, obbligazioni, fondi comuni di investimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altri redditi come indennità di invalidità, SSI, impiego, ecc. (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prevede di ricevere un reddito da un trust, da una transazione legale, da un'eredità, ecc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>ASSICURAZIONE SANITARIA</b>		
È titolare di Medicare (tessera rossa, bianca e blu)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se Sì, <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B
Il suo coniuge o un familiare a carico è titolare di Medicare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se Sì, <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B
Lei, il suo coniuge o un familiare a carico siete coperti da un piano di assicurazione sanitaria, come i piani forniti dal datore di lavoro, dai sindacati, dal sistema pensionistico, da un'ordinanza di assistenza, da piani assicurativi privati o VA?		
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Nome della/e persona/e coperta/e		
Chi paga il premio		
Nome della compagnia assicurativa		
Numero di polizza		
Chi è coperto dalla polizza?		
Data di entrata in vigore della polizza		
Importo del premio e con quale frequenza viene pagato?		

<b>SPESE PER L'ALLOGGIO</b>			
Il suo coniuge sostiene spese per l'alloggio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, compilare le informazioni richieste di seguito.			
IMPORTO MENSILE DEL CANONE DI LOCAZIONE	IMPORTO MENSILE DEL MUTUO	IMPORTO MENSILE DELLE IMPOSTE	BOLLETTA MENSILE DEL RISCALDAMENTO
\$	\$	\$	\$

<b>APPARTENENZA RAZZIALE/ETNICA SOLO PER IL RICHIEDENTE</b>	
(Compilazione facoltativa. Tuttavia, se non viene effettuata, l'intervistatore potrebbe doverla registrare tramite osservazione. Queste informazioni vengono raccolte solo per garantire che tutti ricevano assistenza e cure in modo equo. Queste informazioni non incideranno sulla sua idoneità). Sono: (spuntare una sola casella)	
Codici dei gruppi etnici/razza: <input type="checkbox"/> B-Nero o afroamericano <input type="checkbox"/> W-Bianco <input type="checkbox"/> H-Ispanico o latino-americano <input type="checkbox"/> *A-Asiatico o delle isole del Pacifico	
<input type="checkbox"/> I-Indiano americano o nativo dell'Alaska <input type="checkbox"/> *P-Nativo hawaiano o di altre isole del Pacifico <input type="checkbox"/> U-Sconosciuto <input type="checkbox"/> O-Altro. <input type="text"/>	

\*Se ha selezionato A-Asiatico, o P-Nativo hawaiano o delle isole del Pacifico, consulti le informazioni seguenti su Altri AAPI.

\*Altri gruppi etnici asiatici americani/isole del Pacifico (facoltativo) - Si prega di identificare il proprio sottogruppo AAPI. I sottogruppi all'interno di questa comunità includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: Cinese, giapponese, filippino, coreano, vietnamita, cambogiano, indonesiano, pakistano, srilanchese, taiwanese, nativo hawaiano, samoano, tongano, guamense o chamorro, marshallese, figiano e altri.

**PRINCIPIO DI EQUITÀ** – La presente richiesta verrà presa in considerazione senza distinzione di origine etnica, colore della pelle, sesso, disabilità, credo religioso, credo nazionale, origine nazionale o credo politico.

**NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE** – Una persona che presenta domanda per Medicaid (MA) deve rivelare il numero di previdenza sociale di qualsiasi persona per la quale viene richiesta Medicaid, tranne quando l'individuo è uno straniero privo dei documenti che richiede l'MA solo per il trattamento di una condizione medica di emergenza. Tale divulgazione è obbligatoria per Medicaid ai sensi degli artt. 351.2 e 360-1.2 del 18NYCRR e 42 USC 1320b-7. I numeri di previdenza sociale vengono utilizzati per fornire la corretta identificazione dei richiedenti e dei destinatari di Medicaid e per verificare il reddito, l'idoneità e gli importi delle prestazioni. Utilizzeremo inoltre il suo numero di previdenza sociale per confrontarlo con i dati sul reddito da lavoro dell'IRS e con il New York State Department of Labor (Dipartimento del lavoro dello Stato di New York) per i dati sul reddito da lavoro.

**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.

**MODIFICHE** – Mi impegno a informare tempestivamente l'agenzia di qualsiasi cambiamento delle mie esigenze, del mio reddito, della mia proprietà, delle mie condizioni di vita o del mio indirizzo, per quanto a mia conoscenza o convinzione.

**CESSIONE DI ASSICURAZIONI E ALTRE PRESTAZIONI** – Presenterò eventuali richieste di prestazioni di assicurazione sanitaria o contro gli infortuni o di altre risorse a cui ho diritto, e con la presente cedo tali risorse al funzionario dei Servizi Sociali a cui viene presentata la presente domanda. Inoltre, assisterò nell'effettuare qualsiasi cessione richiesta di prestazioni o risorse al funzionario dei Servizi Sociali a cui viene presentata questa domanda.

**PAGAMENTO DIRETTO** – Autorizzo che il pagamento a mio favore o a favore dei membri del mio nucleo familiare per le prestazioni dell'assicurazione sanitaria o contro gli infortuni venga effettuato direttamente al funzionario dei Servizi Sociali competente per i servizi medici e altri servizi sanitari forniti mentre siamo idonei a ricevere le prestazioni di Medicaid.

**MEDICARE** – Autorizzo i pagamenti nell'ambito di "Medicare" (Parte B del Titolo XVIII, Programma di assicurazione medica integrativa) a essere effettuati direttamente ai medici e ai fornitori di servizi sanitari su eventuali fatture future non pagate per servizi medici e altri servizi sanitari fornitimi mentre ho diritto a Medicaid.

**PENALI** – Sono consapevole che la mia richiesta potrà essere sottoposta ad indagine, al cui svolgimento accetto di collaborare. Le leggi federali e statali prevedono sanzioni pecuniarie, detentive o entrambe se si rilasciano dichiarazioni false nella richiesta di prestazioni 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. Sono previste 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 prestazioni Medicaid; tali prestazioni dovranno essere utilizzate da quest'ultima persona e non da altri. Le leggi federali e statali prevedono che qualsiasi trasferimento di un bene per un valore inferiore al valore equo di mercato effettuato da un soggetto o dal suo coniuge entro o dopo i sessanta mesi immediatamente precedenti il primo giorno del mese in cui il soggetto viene istituzionalizzato, o la data della domanda per Medicaid come persona istituzionalizzata, se successiva, potrebbe rendere il soggetto non idoneo ai servizi della struttura di cura.

**DICHIARAZIONE** – Apponendo la firma su questo modulo, giuro e dichiaro che le informazioni fornite o che fornirò al Department of Social Services (Dipartimento per i servizi sociali) come base per Medicaid sono corrette. Cedo inoltre al Department of Social Services tutti i diritti che mi spettano per ottenere il sostegno da parte delle persone legalmente responsabili della mia assistenza e per richiedere altre risorse terze. Sono consapevole del fatto che, una volta ricevuta la prestazione Medicaid, è possibile che venga posto in essere un diritto di pegno ed effettuato un recupero sulle mie proprietà immobiliari in particolari circostanze, se sono ricoverato presso una struttura medica e non è previsto il mio ritorno a casa. 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.

Firma del destinatario	Data della firma	Firma del coniuge	Data della firma
Firma del rappresentante	Data della firma		
Firma del lavoratore	Data della firma	Firma del supervisore	Data della firma