

Italian Acct Ltr.

Data _____

RE: _____
Sistema di controllo e di fatturazione (TABS) _____
DDSOO _____

Gentile Sig./Sig.ra _____,

L'Ufficio dello Stato di New York per persone affette da disabilità dello sviluppo (The New York State Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) è tenuto a verificare che i soggetti incaricati della gestione dei Fondi per bisogni speciali (Supplemental Needs Trusts) per le persone servite dall'OPWDD utilizzino in modo consono suddetti fondi a nome del beneficiario. Secondo i nostri dati, Lei risulta essere l'amministratore fiduciario per la persona di cui sopra.

Pertanto, ai sensi della Legge esecutiva (Executive Law) §63.11, della Legge sulla salute mentale (Mental Hygiene Law) §13.07(c) e della Legge sui servizi sociali (Social Services Law) §366.2(b) (2), sono a chiederLe che mi fornisca il saldo attuale del fondo congiuntamente a una copia aggiornata dei documenti contabili annuali. Tali informazioni devono essere inviate o consegnate all'indirizzo indicato nell'intestazione.

Al fine di utilizzare al meglio le risorse del fondo a vantaggio di _____, può mettersi in contatto con i responsabili dell'equipe terapeutica della persona di cui sopra presso il _____ DDSOO. La preghiamo inoltre di ricordare che qualsiasi distribuzione proveniente dal fondo non deve essere somministrata direttamente al beneficiario ma al fornitore di beni o servizi.

Di conseguenza, per non compromettere i sussidi derivanti dal programma di assistenza sociale, non esiti a contattarmi qualora avesse domande o Le sorgessero dei dubbi in merito al tipo di spese che possono essere sostenute.

Distinti saluti,

Responsabile dell'Ufficio (Office Manager)
_____RSFO

cc: Ufficio dello Stato di New York del procuratore generale, unità di salute mentale (New York State Office of the Attorney General, Mental Hygiene Unit)