Ufficio dello Stato di New York per persone affette da disabilità dello sviluppo

Medicare Parte D
Modulo di nomina da parte del tutore

Il presente modulo deve essere utilizzato dal tutore di un beneficiario Medicare che riceve servizi dall'OPWDD o da un fornitore OPWDD. La persona nominata nel presente modulo ha la facoltà di iscrivere il beneficiario a un programma per l'acquisto di farmaci su ricetta Medicare e di apportare modifiche al programma. Tale persona è inoltre autorizzata ad agire per conto del beneficiario in merito alla Parte D della procedura di verifica, che include le seguenti azioni: sporgere un reclamo, richiedere un miglioramento della qualità del servizio all'ente responsabile, richiedere e ottenere la definizione di una copertura (comprese richieste di eccezione e di procedure accelerate), presentare e richiedere la presentazione di un'istanza di appello e partecipare a tutte le fasi della procedura di appello.

Istruzioni:

1. Compilare la pagina 1 del modulo in tutti i suoi campi. Apporre data e firma in calce al modulo.
2. Barrare la casella corrispondente al tipo di nomina.
3. Conservare l'originale.

Scrivere in stampatello

Nome del tutore		
Indirizzo		
Città	Stato	CAP

La persona nominata con il presente modulo è autorizzata a: (barrare tutte le caselle pertinenti)

☐ Iscrivere il beneficiario a un programma per l'acquisto di farmaci su ricetta Medicare Parte D e modificare tale programma per conto del beneficiario.

☐ Agire per conto del beneficiario in merito alla Parte D della procedura di verifica.

Io sottoscritto sono il tutore di _____, che beneficia dei servizi offerti dall'OPWDD o da un'agenzia privata certificata, autorizzata o sovvenzionata dall'OPWDD e (barrare una delle seguenti caselle):

☐ Nomino _____, residente in _____.

☐ Nomino il Direttore esecutivo di _____, agenzia certificata, autorizzata o sovvenzionata dall'OPWDD. Sono consapevole del fatto che il Direttore esecutivo potrà a sua volta nominare un sostituto che agisca in sua vece.

☐ Nomino il Direttore del Developmental Disabilities State Operations Office, DDSOO (Ufficio operativo statale per persone affette da disabilità dello sviluppo) _____, _____. Sono consapevole del fatto che il Direttore del DDSOO potrà a sua volta nominare un sostituto che agisca in sua vece.

La presente nomina sostituisce ogni precedente nomina da me effettuata.

Firma _____ Data_____

Fare riferimento alla pagina seguente per la nomina di un sostituto del Direttore esecutivo o del Direttore del DDSOO.

Nomina di un sostituto del Direttore esecutivo o del Direttore del DDSOO
Questa pagina può essere utilizzata per documentare la nomina di un sostituto che agisca per conto del Direttore esecutivo o del Direttore del DDSOO, ove previsto.

Le persone il cui nome e firma appaiono di seguito attestano che il Direttore esecutivo o il Direttore del DDSOO le hanno delegate a prendere decisioni in merito all'iscrizione del beneficiario (qualora questi abbia assegnato al Direttore esecutivo o al Direttore del DDSOO la facoltà di prendere tali decisioni in sua vece) e/o ad agire per conto del beneficiario in merito alla Parte D della procedura di verifica (qualora questi abbia assegnato al Direttore esecutivo o al Direttore del DDSOO la facoltà di agire in sua vece):

Sostituto(i)

_____ _____
Nome Firma

_____ _____
Nome Firma

_____ _____
Nome Firma