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

Medicare Parte D
Modulo di nomina

Il presente modulo è rivolto a qualsiasi persona diversa dal tutore o dai genitori di un minore che, oltre a tale requisito, deve essere anche un beneficiario Medicare che non vive in una residenza certificata o gestita da OPWDD. La persona nominata in questo modulo ha l'autorità di iscrivere il beneficiario in un piano di prescrizione medicinali Medicare e di modificare il piano di prescrizione medicinali e/o di agire nel processo di revisione descritto nella Parte D in nome del beneficiario ai sensi della Sezione 635-11.3(d) di NYCRR 14. Agire nel processo di revisione descritto nella Parte D significa: inoltrare un reclamo; inoltrare un reclamo all'organizzazione per il miglioramento della qualità (quality improvement organization); richiedere e ottenere una determinazione della copertura (comprese richieste di eccezione e richieste di procedure accelerate); inoltrare e richiedere colloqui e accordi con qualsiasi livello del processo di appello.

Istruzioni:

1. Si prega di completare tutti i campi alla pagina 1 del presente modulo. Si prega di assicurarsi di apporre la propria firma e la data in calce.
2. Barrare la casella appropriata secondo il tipo di nomina.
3. Conservare l'originale.

Si prega di scrivere in stampatello

Nome		
Via		
Città	Stato	CAP

Relazione con il beneficiario:

- ☐ coniuge
- ☐ membro della famiglia adulto (specificare il grado di parentela _____)
- ☐ genitore
- ☐ amico adulto
- ☐ figlio adulto
- ☐ avvocato
- ☐ fratello o sorella adulto/a
- ☐ corrispondente

La persona nominata con il presente modulo ha l'autorità di: (barrare le opzioni corrette)

☐ Iscrivere il beneficiario a un piano di somministrazione farmaci Medicare come descritto nella Parte D nonché modificare i piani a nome del beneficiario.

☐ Agire nel processo di revisione descritto nella Parte D a nome del beneficiario.

Io sottoscritto sono il _____ di _____, beneficiario che riceve servizi non residenziali da OPWDD o da un'agenzia privata certificata, autorizzata o finanziata da OPWDD e (si prega di barrare una delle seguenti caselle):

☐ Nomino _____residente in _____.

☐ Nomino il Direttore esecutivo di_____, agenzia certificata, autorizzata o finanziata da OPWDD. Sono inoltre al corrente del fatto che il Direttore esecutivo ha la facoltà di nominare un sostituto che agisca in sua vece.

☐ Nomino il Direttore dell'Ufficio operativo statale per le disabilità dello sviluppo (Developmental Disabilities State Operations Office, DDSOO) di _____ _____ DDSOO. Sono inoltre al corrente del fatto che il Direttore del DDSOO ha facoltà di

nominare un sostituto che agisca in sua vece.

La presente nomina sospende ogni precedente nomina.

Firma _____ Data_____

Si prega di far riferimento alla pagina seguente per la nomina del sostituto del Direttore esecutivo o del Direttore del DDSOO

Nomina del sostituto del Direttore esecutivo o del Direttore del DDSOO
La presente pagina può essere utilizzata per documentare la nomina di un sostituto che agisca in nome del Direttore esecutivo o del Direttore del DDSOO ove applicabile.

Le persone il cui nome e firma appaiono nel prosieguo 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 nominato il Direttore esecutivo o il Direttore del DDSOO affinché prendano tali decisioni a suo nome) e/o ad agire nel processo di revisione descritto nella Parte D a nome del beneficiario (qualora questi abbia nominato il Direttore esecutivo o il Direttore del DDSOO affinché agisca a suo nome):

Sostituti

_____	_____
Nome	Firma
_____	_____
Nome	Firma
_____	_____
Nome	Firma