



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

Medicare Parte D

Modulo di nomina

Il presente modulo deve essere utilizzato da qualsiasi persona diversa da un tutore o genitore, esclusivamente per beneficiari Medicare che non vivono in una residenza certificata o gestita dall'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 (ai sensi delle norme e dei regolamenti dei codici dello Stato di New York, titolo 14 NYCRR, sezione 635.11, 3(d), 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 _____

Indirizzo _____

Città _____

Stato _____

CAP _____

Relazione con il beneficiario:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> coniuge | <input type="checkbox"/> familiare adulto (indicare il grado di parentela _____) |
| <input type="checkbox"/> genitore | <input type="checkbox"/> amico adulto |
| <input type="checkbox"/> figlio adulto | <input type="checkbox"/> consulente |
| <input type="checkbox"/> sorella o fratello adulto | <input type="checkbox"/> rappresentante |

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 _____ di _____, che beneficia di servizi non residenziali 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