



**Ufficio dello Stato di New York per persone
affette da disabilità dello sviluppo
Medicare Parte D**

**Dichiarazione di autorità per un beneficiario
che vive in una residenza certificata o gestita dall'OPWDD**

Il presente modulo deve essere utilizzato dal Developmental Disabilities State Operations Office, DDSOO o da un'agenzia che fornisce servizi residenziali certificati dall'OPWDD a un beneficiario Medicare. Il presente modulo autorizza il fornitore a prendere decisioni in merito agli indennizzi relativi all'acquisto di farmaci su ricetta Medicare per il beneficiario ed espone le condizioni per tale autorizzazione.

Istruzioni:

1. Compilare il modulo in tutti i suoi campi. (Nota: per l'iscrizione di un beneficiario a un programma, non è necessario inserire il numero identificativo del programma.)
2. Barrare le caselle pertinenti.
3. Inserire il nome in stampatello e firmare nell'apposito spazio.
4. Conservare l'originale.

Nome del DDSOO o dell'agenzia _____

Nome del beneficiario _____

Data di nascita _____

Numero Medicare _____

Nome del programma per l'acquisto di farmaci su ricetta _____

Numero identificativo del programma _____

Il suddetto beneficiario è maggiorenne e attualmente riceve servizi residenziali dall'agenzia o dal DDSOO indicato sopra. Tale persona non si avvale di un tutore ed è stata dichiarata non in grado di prendere decisioni relativamente a (barrare le caselle pertinenti):

- Iscrizione a un programma per l'acquisto di farmaci su ricetta Medicare.
- Azioni in merito alla Parte D della procedura di verifica Medicare, come sporgere un reclamo, presentare lamentele, 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.

Barrare **una** delle seguenti caselle e firmare nell'apposito spazio:

- Sono il Direttore esecutivo dell'agenzia o il Direttore del DDSOO. In conformità alla sottosezione 635-11 del NYCRR 14, sono autorizzato a prendere decisioni in merito all'iscrizione del beneficiario e/o ad agire in merito alla Parte D della procedura di verifica Medicare qualora il beneficiario non sia in grado di farlo.

Nome del Direttore esecutivo o del Direttore del DDSOO _____

Firma _____

- Il Direttore esecutivo dell'agenzia o il Direttore del DDSOO mi/ci ha delegato a iscrivere il beneficiario a un programma per l'acquisto di farmaci su ricetta Medicare e/o ad agire in merito alla Parte D della procedura di verifica Medicare per conto del beneficiario. In conformità alla sottosezione 633-11 del NYCRR 14, sono/siamo autorizzato/i a prendere decisioni in merito all'iscrizione del beneficiario e/o ad agire in merito alla Parte D della procedura di verifica Medicare qualora il beneficiario non sia in grado di farlo.

Nome del sostituto _____ Firma _____

Nome del sostituto _____ Firma _____

Nome del sostituto _____ Firma _____

Numero di telefono dell'agenzia/DDSOO _____ Data _____