



**Ufficio dello Stato di New York per persone affette da disabilità dello sviluppo
Medicare Parte D
Dichiarazione di autorità
per un beneficiario che NON vive in una residenza
certificata o gestita dall'OPWDD**

Il presente modulo deve essere utilizzato da un familiare adulto, un amico adulto, un consulente adulto o un rappresentante adulto di un beneficiario Medicare che non vive in una residenza certificata o gestita dall'Office For People With Developmental Disabilities (OPWDD). Il presente modulo autorizza la persona in questione 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 apporre data e firma in calce.
4. Conservare l'originale.

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. 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.

Relazione con il beneficiario: barrare **una** delle seguenti opzioni:

- Coniuge
- Genitore
- Figlio adulto
- Sorella/Fratello adulto
- Familiare adulto
- Amico, consulente o rappresentante adulto

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 _____ Data _____

Firma _____

Numero di telefono _____