

STATO DI NEW YORK  
UFFICIO PER PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ DELLO SVILUPPO  
www.opwdd.ny.gov

RISPOSTA A:

DATA:

NOME:

ID TABS (Sistema di controllo e di fatturazione):

Gentile Sig./Sig.ra

La persona di cui sopra è stata ammessa sotto la nostra tutela. Le chiediamo di volerci fornire alcune informazioni al fine di poter determinare o rivedere l'idoneità della persona a diversi programmi di benefici federali e statali (sicurezza sociale, Medicaid ecc.) e per individuale fonti di rimborso (assicurazione, abilità personale dell'individuo ecc.) per i servizi forniti.

Le persone che sono state dichiarate idonee ai servizi OPWDD, e che intendono ricevere servizi finanziati da Medicaid, devono fare richiesta per ricevere i servizi Medicaid e ogni altro beneficio per il quale potrebbero essere idonee. Inoltre, le persone che intendono accedere a servizi OPWDD finanziati dal Programma per servizi di abitazione e condivisione abitativa (Community Based Services Waiver, HCBS Waiver) devono fare richiesta e qualificarsi per il Programma HCBS.

Siete pregati di compilare il presente modulo in ogni sua parte e di riconsegnarlo entro due settimane. Non lasciare parti in bianco; scrivere NO, NESSUNO, SCONOSCIUTO o NON APPLICABILE (NA) ove necessario. Se sul modulo non è presente abbastanza spazio per la risposta a una domanda, allegare un ulteriore foglio con le informazioni aggiuntive. **Siete pregati di allegare copia del certificato di nascita della persona, della tessera di sicurezza sociale, del passaporto, della licenza di matrimonio o divorzio se presente e della documentazione di ogni reddito, bene e assicurazione elencati nel modello.** In caso di invio di documento originale, provvederemo a fotocopiarlo per l'archiviazione e a restituirvi l'originale.

Provvederemo a inoltrare la domanda per la partecipazione al programma Medicaid qualora la persona risulti idonea. A titolo informativo, abbiamo allegato una nota ESPLICATIVA IN MERITO AGLI EFFETTI DEL TRASFERIMENTO DI BENI SULL'IDONEITÀ ALL'ASSISTENZA MEDICA.

La sezione 43.05 della Legge sulla salute mentale (Mental Hygiene Law) richiede che qualsiasi individuo o organizzazione in possesso di informazioni riguardo a una persona che riceva servizi dall'Ufficio per persone affette da disabilità dello sviluppo (Office For People With Developmental Disabilities) fornisca tali informazioni su richiesta. Qualsiasi informazione fornita in merito a una persona è soggetta a verifica attraverso programmi appositi in collaborazione con agenzie statali e federali come l'Amministrazione per la sicurezza sociale (Social Security Administration).

In caso di ulteriori domande o di assistenza, contattare il numero di cui sopra. La ringraziamo anticipatamente per la gentile collaborazione.

---

RESPONSABILE RISORSE E RIMBORSI  
(RESOURCES AND REIMBURSEMENT AGENT)

<b>A. IDENTIFICAZIONE DELLE INFORMAZIONI RIGUARDANTI LA PERSONA</b>		
Nome completo	Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
Luogo di nascita (città, Stato) (si prega di allegare una copia del certificato di nascita).		Si tratta di un veterano? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Stato civile	Nome del coniuge	Data e luogo di matrimonio/divorzio
Cittadino americano <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se NO, siete pregati di fornire il numero di registrazione straniero (alien identification number) della persona nonché la data di registrazione e il luogo di ingresso negli Stati Uniti. Siete pregati di allegare una copia di entrambi i lati della Tessera di registrazione straniero (Alien Registration Card) e di qualsiasi altro documento di identità.		
È stato nominato un tutore legale, un tutore sostitutivo, un tutore o un comitato per la persona? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se SÌ, indicare nome e indirizzo. Siete pregati di allegare copia degli atti legali.		

<b>B. INFORMAZIONI IN MERITO AL REDDITO DELLA PERSONA</b>			
La persona ha mai avuto un impiego o ha ricevuto uno stipendio (compreso uno stipendio derivante da un gruppo di lavoro)? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se SÌ, la persona ha attualmente un'occupazione? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se SÌ, compilare la seguente sezione riguardante l'attuale datore di lavoro e gli eventuali altri datori di lavoro negli ultimi 3 mesi.			
Datore/i di lavoro	Indirizzo		
La persona ha attualmente una fonte di reddito? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se SÌ, si prega di completare la seguente sezione.			
Fonte di reddito	Chi è il beneficiario?	Richiesta N.	Stipendio mensile
PREVIDENZA SOCIALE			\$
SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI)			\$
PENSIONE FERROVIARIA			\$
BENEFICI PER VETERANI			\$
MANTENIMENTO FIGLI (si prega di allegare copia dell'ordinanza del tribunale)			\$
ALTRO, compresi stipendio per cariche pubbliche, assicurazione di disoccupazione, interessi derivanti da fondi fiduciari, pagamenti ordinati dal tribunale, risarcimento per danni da vaccino, sussidi di adozione, dividendi. Si prega di specificare:			\$

<b>C. INFORMAZIONI IN MERITO AI BENI DELLA PERSONA</b>
La persona ha venduto, donato o trasferito denaro, immobili o altri beni negli ultimi 60 mesi? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se SÌ, allegare i documenti che contengono i dettagli delle transazioni, compresi tipo di beni, valore, persona alla quale il bene è stato venduto/donato/trasferito, data della transazione e importo al quale il bene è stato venduto.
La persona ha inserito beni in un fondo comune di investimento o sono state sottratte somme da un fondo comune d'investimento intestato alla persona? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se SÌ, allegare fotocopia dei documenti contenenti i dettagli del fondo comune di investimento, compresa la provenienza del denaro depositato, il nome del beneficiario, la collocazione del fondo, il numero di conto e il valore del fondo.

**C. INFORMAZIONI IN MERITO AI BENI DELLA PERSONA (continua dalla pagina precedente)**

La persona possiede un conto bancario (risparmi, conto corrente, ecc.) o conti presso una cooperativa di credito?

SÌ  NO

Se SÌ, si prega di completare la seguente sezione. (Se necessario, allegare un foglio aggiuntivo)

Tipo di conto (risparmi, conto corrente, altro)	Conto 1	Conto 2
Nome e indirizzo della banca		
Numero di conto		
Titolo sul conto		
Nome della persona a cui sono indirizzati i comunicati della banca o che detiene il libretto bancario		

La persona è in possesso di un certificato di deposito, di una rendita, di un 401(k) o di un fondo pensione?  
 SÌ  NO Se SÌ, allegare un foglio con i dettagli.

La persona dispone di denaro contante?  
 SÌ  NO Se SÌ, inserire l'ammontare di denaro a disposizione: \$

La persona possiede azioni, bond o altri titoli?  
 SÌ  NO Se SÌ, allegare un foglio con i dettagli.

La persona ha interessi in qualche proprietà immobiliare?  
 SÌ  NO Se SÌ, allegare un foglio con i dettagli.

La persona è titolare di un fondo funerario?  
 SÌ  NO Se SÌ, allegare un foglio con i dettagli.

La persona è titolare di altri beni?  
 SÌ  NO Se SÌ, allegare un foglio con i dettagli.

La persona è in possesso di un contratto funerario pre-necessità, di un fondo funerario, di un loculo funerario o di altro spazio funerario?

SÌ  NO Se SÌ, si prega di specificare nel prosieguo e allegare la fotocopia di qualsivoglia contratto.

**D. REDDITO O ALTRI BENI FUTURI DELLA PERSONA**

La persona ha interessi, possibili interessi o si aspetta di ricevere una delle seguenti voci?

Se la risposta è SÌ per una qualsiasi delle voci, si prega di specificare nell'apposito spazio e di allegare un foglio con i dettagli, qualora necessario.

FONDO FIDUCIARIO  SÌ  NO

RISARCIMENTO LEGALE  SÌ  NO

EREDITÀ  SÌ  NO

ALTRO  SÌ  NO

**E. INFORMAZIONI IN MERITO ALL'ASSICURAZIONE VITA DELLA PERSONA**

La persona possiede un'assicurazione sulla vita?  SÌ  NO Se SÌ, compilare la seguente sezione:

Nome e indirizzo compagnia assicuratrice

Numero/i polizza/e

Valore  
\$

Nome e indirizzo della persona beneficiaria della polizza

**F. INFORMAZIONI IN MERITO ALL'ASSICURAZIONE SANITARIA DELLA PERSONA**

La persona è iscritta a Medicare? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Data effettiva	Richiesta N.
Parte A Assicurazione ospedaliera <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
Parte B Assicurazione medica <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
Parte D Piano di prescrizione medicinali <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
Piano di sostegno Medicare <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se SÌ, si prega di fornire informazioni riguardo al piano nello spazio sottostante		
Nome, indirizzo e numero di telefono del Piano di sostegno Medicare		
La persona è coperta da un'assicurazione sanitaria? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se SÌ, si prega di allegare copia del certificato, della polizza, del libretto o della tessera (fronte e retro) dell'assicurazione nonché di compilare la seguente sezione		
Nome e indirizzo compagnia assicuratrice		
Numero polizza	Numero gruppo	Altri identificativi
Data effettiva di copertura	Nome di chi ha sottoscritto la polizza	
Qualora la copertura della polizza sanitaria avvenga attraverso un piano di gruppo, fornire nome e indirizzo del gruppo/datore di lavoro		

**G. INFORMAZIONI IDENTIFICATIVE IN MERITO AI GENITORI E AL CONIUGE DELLA PERSONA**

	PADRE	MADRE	CONIUGE
Nome completo/cognome da nubile			
Data di nascita			
Luogo di nascita (Città, Stato)			
Numero di sicurezza sociale			
Cittadino americano	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Veterano Se SÌ, fornire:	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Numero di serie			
Richiesta N.			
Ricevimento sussidio di disabilità/pensione	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Data dichiarazione di disabilità/pensionamento			
Data e luogo di morte, se applicabile			

**H. RAPPRESENTANTI FINANZIARI DELLA PERSONA**

Qualcun altro è in possesso di informazioni finanziarie in merito alla persona? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se SÌ, fornire le informazioni richieste nel prosieguo e allegare un foglio con l'elenco dettagliato.		
NOME	INDIRIZZO E NUMERO DI TELEFONO	RELAZIONE

**Le dichiarazioni rilasciate rispondono a verità per quanto mi è noto.**

Firma	Data
Rapporto con la persona	Telefono