

**STATO DI NEW YORK
UFFICIO PER PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ DELLO SVILUPPO**

QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE SANITARIA PER PROGRAMMI NON RESIDENZIALI

All'attenzione di:

Data _____
 Nome _____
 Numero TABS (Sistema di controllo e di fatturazione) _____
 Struttura _____

Le informazioni richieste nel presente documento sono necessarie per determinare possibili fonti di rimborso per i costi dei servizi forniti alla persona.

Compilare tutte le sezioni indicate. Se non è presente spazio sufficiente, continuare su un foglio separato.

È TITOLARE DI UN'ASSICURAZIONE SANITARIA? Sì No

Se sì, si prega di fornire informazioni complete per le voci indicate:

Se la casella è barrata, si prega di inviare una copia del contratto di assicurazione o altro materiale a descrizione della copertura.

Assicurato (Titolare della polizza)

Nome	Indirizzo
------	-----------

Datore di lavoro dell'Assicurato

Nome	Indirizzo
------	-----------

Assicurato MASCHIO FEMMINA Relazione della persona con l'Assicurato ASSICURATO STESSO CONIUGE FIGLIO ALTRO

	Nome e indirizzo della compagnia assicuratrice	Numero polizza	Numero gruppo
<input type="checkbox"/> Croce blu (Blue Cross)			
<input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria per malattie gravi (Major Medical)			
<input type="checkbox"/> Piano di occupazione (Employee Plan)			
<input type="checkbox"/> Piano unione (Union Plan)			
<input type="checkbox"/> Persona			
<input type="checkbox"/> Altro			

<input type="checkbox"/> MEDICARE	Nome del beneficiario Medicare	Richiesta Medicare numero	Data di inizio della copertura assicurativa Medicare

LE INFORMAZIONI FORNITE SONO VERITIERE E CORRETTE	
Telefono: Home _____	Firma _____
Ufficio _____	_____
IN CASO IL MODULO SIA COMPILATO DAI GENITORI, ENTRAMBI DEVONO FIRMARE	
Data: _____	_____
<u>RAPPORTO CON LA PERSONA</u>	