



Che cos'è EPIC?

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage - Programma di copertura assicurativa farmaceutica per gli anziani) è un programma dello Stato di New York, gestito dal Department of Health (Dipartimento per la salute), che offre agli anziani un'assistenza co-finanziata per acquistare farmaci da prescrizione coperti dal programma Medicare Part D, **dopo che è stata raggiunta la franchigia prevista**. EPIC copre anche molti farmaci esclusi dal programma Medicare Part D.

- **Gli iscritti al Piano** a canone versano una quota annua a EPIC in base al loro reddito. I ticket EPIC oscillano tra 3 e 20 dollari in base al costo del farmaco. I beneficiari del servizio "Full Extra Help" (sussidio straordinario completo) di Medicare sono esenti dal pagamento del ticket EPIC.
- **Gli iscritti al Piano** a franchigia devono raggiungere una franchigia per l'anno in corso basata sul proprio reddito annuo, superata la quale usufruiscono del co-finanziamento di EPIC per i farmaci.

EPIC paga anche i premi del programma Medicare Part D, fino all'importo di un piano base, per iscritti con un reddito annuo inferiore a 23.000 dollari, se non coniugati, e 29.000 dollari, se coniugati.

Chi dispone di un reddito superiore è invece tenuto a pagare i propri premi previsti dalla Part D del programma.

- Per aiutarli a pagare, la rispettiva franchigia EPIC viene ridotta del costo annuo di un programma base Medicare Parte D.
- Le franchigie EPIC per i redditi evidenziati nelle aree ombreggiate nella tabella del Piano di franchigia verranno ridotte rispetto all'importo indicato.

Chi può iscriversi?

- I residenti dello Stato di New York di età non inferiore ai 65 anni con reddito annuo massimo di 75.000 dollari, se non coniugati, o di 100.000 dollari, se coniugati.
- Gli anziani idonei che possono detrarre le spese sanitarie dal proprio reddito (condizione di "spend down") e che non usufruiscono dei pieni benefici Medicaid.

Iscrizione al programma Medicare Part D

Per poter usufruire dei vantaggi del programma EPIC, è **necessario essere iscritti al programma Medicare Part D**. Poiché EPIC è un programma statale qualificato di assistenza farmaceutica, è possibile iscriversi a un programma Part D durante l'anno dopo essere diventati membri EPIC e modificare il proprio programma Medicare Part D una volta nel corso dell'anno.

Risparmiare denaro con "Extra Help"!

EPIC utilizzerà le informazioni contenute in questa domanda per richiedere i servizi "Extra Help" per conto dell'anziano, se il reddito è idoneo. Per la determinazione dell'EPIC, verranno utilizzate soltanto le righe 1-3.

- Gli anziani che usufruiscono già dei servizi "Extra Help" possono inviare unitamente al modulo una copia della lettera di accertamento fornita dalla Social Security Administration (Amministrazione della Previdenza sociale).
- Se verranno approvati i servizi "Extra Help" completi, l'anziano dovrà corrispondere solo una quota di partecipazione ridotta e non vedrà interrotta la copertura del programma Medicare Part D. Medicare ed EPIC verseranno, integralmente o in parte, il premio mensile previsto dal programma Part D.

Come presentare la domanda

- Compilare la domanda, firmarla e inviarla all'indirizzo riportato in basso.
- Dichiarare il reddito totale personale e quello del coniuge, se convivente (anche se a presentare la domanda è una sola persona) ed apporre entrambi la firma sul modulo.
- Presentare la domanda separatamente. I coniugi che vivono insieme possono utilizzare lo stesso modulo. Spuntare la casella "Single" se single, divorziati, vedovi o se non si vive con il coniuge (ad esempio, il coniuge è in una casa di riposo). Spuntare la casella "Coniugato" se si vive insieme al coniuge nello stesso nucleo familiare.

Per ulteriori informazioni, chiamare il numero verde di assistenza **EPIC 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)**

Scaricare il modulo dal sito: http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm

scegliere la versione nella lingua preferita

o scrivere a: **EPIC**

P.O. Box 15018

Albany, NY 12212-5018.

Reddito anno precedente

Le righe 1-3 vengono utilizzate per la determinazione del vostro EPIC. Se siete CONIUGATI e vivete con il coniuge, compilate i dati di entrambi. Nell'utilizzare l'importo (o gli importi) della riga 3, consultate il tariffario EPIC sul retro di questa pagina per determinare il vostro Programma e in base al reddito, la quota annua o la franchigia annua.

Idoneità ai servizi "Extra Help"

Gli anziani già idonei ai programmi di risparmio Medicare sono automaticamente idonei ai servizi "Extra Help". Inviare una copia della lettera di determinazione. In caso di idoneità, saltate le righe da 4 a 22.

Reddito mensile attuale

- Righe 4-9. Indicate il reddito mensile attuale al lordo delle detrazioni per ogni tipo di reddito, ad esempio previdenza sociale, veterani. Se l'importo varia di mese in mese, stimate il reddito mensile medio degli ultimi 12 mesi per ogni riga. **NON** includete salari e lavoro autonomo, interessi, dividendi, assistenza pubblica, rimborsi medici o pagamenti per l'affido. Inserite 0 dollari se non avete redditi da dichiarare in tale riga.
- Riga 8a. Indicate il TIPO di altri redditi dichiarati da voi o dal vostro coniuge alla riga 5 come, ad esempio, alimenti, reddito netto da locazione, indennizzo dei lavoratori o indennità di invalidità private o statali, ecc.
- Riga 10. Indicate se uno degli importi riportati alle righe 4-8 è diminuito negli ultimi due anni.

Attività

- Righe 11-14. Riportate il saldo attuale (o la stima) dei conti bancari, degli investimenti o dei contanti di cui siete proprietari voi, il vostro coniuge (se sposati e conviventi) o entrambi. Includete contanti o investimenti di cui uno di voi è titolare con un'altra persona. **NON includete la casa, i veicoli, i loculi, i beni personali o gli arretrati della Previdenza sociale o del reddito sociale (SSI). Su ogni riga, inserite \$ 0 se niente.**

Altre spese e guadagni

Se siete SINGLE, rispondete alle domande (12-14) in base al vostro reddito e al vostro patrimonio. Se siete CONIUGATI e vivete con il vostro coniuge, rispondete alle domande (12-14) in base al vostro reddito e patrimonio CONGIUNTO, se del caso.

- Riga 15. Spuntate sì se prevedete che i contanti o il denaro proveniente dagli investimenti elencati alla voce Patrimonio nelle righe 8-10 verranno utilizzati per pagare le spese funerarie o di sepoltura per voi o per il vostro coniuge. Altrimenti, spuntate no.
- Riga 16. Spuntate sì se voi o il vostro coniuge siete proprietari di beni immobili diversi dall'abitazione (esempi: casa estiva, proprietà in affitto o terreni non edificati separati dall'abitazione). Altrimenti, spuntate no.
- Riga 17. Indicate il numero di parenti che vivono con voi e che dipendono da voi o dal vostro coniuge per almeno la metà del loro sostegno finanziario. Per parenti si intende chiunque sia legato a voi da vincoli di sangue, matrimonio o adozione. Inserite 0 se questa domanda non è pertinente.

Rispondete alle domande 18-22 solo se voi e il vostro coniuge (se convivente) AVETE lavorato negli ultimi due anni. Altrimenti, lasciate in bianco le domande 18-22.

- Riga 18. Stimate l'importo che voi o il vostro coniuge prevedete di percepire come stipendio **al lordo delle imposte e delle detrazioni** per quest'anno solare.
- Riga 19. Se lavorate in proprio, stimate l'importo che voi o il vostro coniuge prevedete di guadagnare o perdere nell'anno solare. Inserite un numero negativo se prevedete una perdita.
- Riga 20. Spuntate sì se gli importi riportati nelle righe 18 o 19 sono diminuiti negli ultimi due anni. Altrimenti, spuntate no.
- Riga 21. Inserite il mese e l'anno (MM/AAAA) in cui avete smesso di lavorare o prevedete di smettere di lavorare. Lasciate in bianco se voi o il vostro coniuge intendete continuare a lavorare.
- Riga 22. Spuntate sì o no se voi o il vostro coniuge pagate per quanto serve al vostro coniuge per poter lavorare. Esempi di tali spese sono: una sedia a rotelle; il costo di cure mediche e farmaci per malattie; servizi di assistenza personale; modifiche al veicolo o altre esigenze di trasporto; tecnologie assistive legate al lavoro; spese per cani guida; ausili sensoriali e visivi; traduzioni in Braille. Spuntate N/A (non pertinente) se siete single o se il vostro coniuge ha 65 anni o più.
- Riga 23. Allegate una copia della vostra lettera di determinazione nel caso in cui usufruite già dei sussidi "Extra Help".



Domanda

SERVE AIUTO? CHIAMATE IL NUMERO VERDE: 1-800-332-3742
¿NECESITA AYUDA? LLAME AL: 1-800-332-3742

Scrivete chiaramente!

Chi presenta la domanda? Solo voi Voi e il vostro coniuge Solo "Extra Help"

Cognome _____ Nome _____ Iniziali secondo nome _____

c/o (se diverso da quanto indicato sopra) _____

Indirizzo del domicilio (non casella postale) _____

Città _____ Stato _____ Codice postale _____

Recapito postale (se diverso da quello indicato sopra) _____

Città _____ Stato _____ Codice postale _____

Nome del coniuge (se in vita)

Cognome _____ Nome _____ Iniziali secondo nome _____

Numero di telefono del coniuge

Prefisso telefonico Numero
(_____) _____

Numero di Previdenza sociale

Sesso

Femminile Maschile X

Data di nascita

Mese _____ Giorno _____ Anno _____
_____ / _____ / _____

Numero di telefono

Prefisso telefonico Numero
(_____) _____

Stato civile

Vedovo/a, celibe/nubile o divorziato/a
 Coniugato/a, convivente
 Coniugato/a, non convivente

Numero di Previdenza sociale del coniuge

Data di nascita del coniuge

Mese _____ Giorno _____ Anno _____
_____ / _____ / _____

Sesso del coniuge

Femminile Maschile X

Inserite il vostro numero di richiesta di rimborso Medicare (tessera blu, bianca e rossa). _____

Inserite il numero di richiesta di rimborso Medicare del coniuge (tessera blu, bianca e rossa). _____

Se usufruite già di EPIC, inserite il vostro numero di identificazione EPIC. _____

Se il vostro coniuge è titolare di EPIC, inseritene il numero di identificazione EPIC. _____

Determinazione EPIC: Indicate il reddito totale personale nell'anno solare precedente.

Se siete coniugati e convivete con il vostro coniuge, indicate il reddito annuo complessivo di entrambi per l'anno precedente anche se a presentare la domanda è uno solo dei coniugi. Se siete coniugati ma non convivete con il vostro coniuge, indicate solo il vostro reddito annuo. Per ottenere il reddito annuo, moltiplicate gli importi mensili per 12. Le righe 1-3 vengono utilizzate solo per la determinazione dell'EPIC.

	Reddito annuo personale	Reddito annuo del coniuge
1. Prestazioni della Previdenza sociale o per i dipendenti del trasporto ferroviario, (meno i premi Medicare Part B) versati mediante assegno o deposito diretto.	\$ _____	\$ _____
2. Altro reddito: Include pensioni, rendite, interessi, dividendi, distribuzioni IRA, guadagni in conto capitale, salari, redditi o perdite commerciali, redditi netti da locazione, ecc.	\$ _____	\$ _____
3. Reddito ANNUO totale (sommate le righe 1 e 2)	\$ _____	\$ _____

Determinazione "Extra Help": Indicare il reddito mensile totale attuale.

EPIC utilizzerà le risposte date alle righe 4-22 per richiedere a vostro nome un sussidio federale chiamato "Extra Help". Tale procedura è prevista a norma di legge per poter usufruire delle prestazioni EPIC. Se usufruite già delle prestazioni "Extra Help", passate alla riga 23 (saltate le righe 4-22) per indicare che fornite una copia della lettera di determinazione.

IMPORTI MENSILI ATTUALI

(Inserire 0 dollari in mancanza di reddito)

	Reddito personale	Reddito del coniuge
4. Previdenza sociale mensile al lordo delle trattenute	\$ _____	\$ _____
5. Pensione mensile del personale ferroviario al lordo delle trattenute	\$ _____	\$ _____
6. Prestazioni mensili per i veterani di guerra al lordo delle trattenute	\$ _____	\$ _____
7. Mensile - Altre pensioni e rendite al lordo delle trattenute (esclusi eventuali importi riportati nella sezione sottostante Patrimonio)	\$ _____	\$ _____
8. Mensile - Altri redditi non elencati sopra (compresi alimenti, reddito netto da locazione, indennità di disoccupazione, indennità di invalidità privata o statale)	\$ _____	\$ _____
8A. Specificare il TIPO di altri redditi (riga 8):	_____	_____
9. Reddito MENSILE complessivo (aggiungere le righe da 4 a 8)	\$ _____	\$ _____

Se il reddito supera il limite stabilito per "Extra Help" per l'anno solare in corso in cui presentate la domanda (vedere il sito Web dell'EPIC all'indirizzo http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm o il sito Web dell'Amministrazione della Previdenza sociale all'indirizzo <http://www.ssa.gov>), saltare le righe 10-22 e proseguite. Se non disponete di un accesso a Internet, chiamate la Helpline EPIC al numero: 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138).

- 10.** Gli importi riportati nelle righe **4-8** sono diminuiti negli ultimi due anni? Sì No
- 11.** Conti bancari - saldo totale attuale (conto corrente, risparmio, mercato monetario, certificati di deposito) \$ _____
- 12.** Azioni, obbligazioni, buoni di risparmio, fondi comuni di investimento, conti pensionistici individuali o altri investimenti simili \$ _____
- 13.** Contanti in casa o altrove \$ _____
- 14. Totale patrimonio** (aggiungere le righe da **11 a 13**). \$ _____

Se il patrimonio supera il limite stabilito per "Extra Help" per l'anno solare in corso in cui presentate la domanda (vedere il sito Web dell'EPIC all'indirizzo http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm o informazioni simili sul sito Web di CMS), saltate le righe da 15 a 22 e proseguite.

- 15.** Il vostro patrimonio verrà utilizzato per le spese funebri o di sepoltura? Sì No
- 16.** Possedete altri beni immobili oltre alla vostra casa? Sì No
- 17.** Quanti parenti che vivono con voi dipendono da voi per almeno la metà del loro sostegno finanziario (esclusi voi e il vostro coniuge)? _____
- 18.** Quanto prevedete di guadagnare come stipendio al lordo di tasse e detrazioni questo anno solare? Voi: \$ _____
Coniuge: \$ _____
- 19.** Se lavorate in proprio, quali sono i guadagni o le perdite netti previsti in questo anno solare? Voi: \$ _____
Coniuge: \$ _____
- 20.** Gli importi dichiarati alle righe **18** o **19** sono diminuiti negli ultimi due anni? Sì No
- 21.** Se recentemente avete smesso di lavorare o se prevedete di smettere di lavorare, indicate il mese e l'anno (ad es.: 09/2018) Voi: ____ / 20 ____
Coniuge: ____ / 20 ____

22. Se il vostro coniuge ha meno di 65 anni ed è cieco/a o disabile, provvedete voi o il vostro coniuge al pagamento di quanto necessario affinché il medesimo possa lavorare? Sì No N/P

23. Se usufruite già del Programma di risparmio Medicare e delle prestazioni "Extra Help", avete allegato una copia della vostra lettera di determinazione? Sì No N/P

Se qualcuno vi ha aiutato a compilare questo modulo, forniteme il nome, l'indirizzo e il numero di telefono.

Nome in stampatello _____

Numero di telefono (comprensivo di prefisso)
() _____

Indirizzo postale _____

Città/Stato/Codice postale _____

Leggere attentamente quanto segue e firmare:

Dichiaro che le informazioni riportate nel presente modulo sono corrette. Risiedo nello Stato di New York e al momento non sto usufruendo dei pieni benefici di Medicaid. So di essere tenuto/a a fornire prova della mia età, reddito, residenza, stato Medicare o eventuale iscrizione a uno dei piani di assistenza farmaceutica Medicare Part D. So inoltre che devo iscrivermi a un programma di assistenza farmaceutica Medicare Part D per poter usufruire del servizio EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage - Servizio di copertura assicurativa farmaceutica per gli anziani). Sono consapevole che la mancata comunicazione dei dati identificativi necessari per l'iscrizione a un programma Part D o ai sussidi Medicare (sussidio straordinario o "Extra Help"), laddove io risulti idoneo/a, può comportare la cessazione del diritto alla copertura EPIC. Autorizzo lo scambio di tutti i dati necessari a verificare la mia idoneità tra EPIC, la Social Security Administration (Amministrazione della previdenza sociale), Medicare, il programma Medicaid dello Stato di New York, il NYS Tax Department (Ufficio imposte dello Stato di New York), i programmi di assistenza farmaceutica Medicare Part D e altri enti, eventualmente interessati in base alla necessità. In caso di doppia ricezione o di eccedenza di pagamento da parte di EPIC, cedo a EPIC gli eventuali benefici di copertura farmaceutica cui possa avere diritto ai sensi di un qualsiasi programma Part D o altro programma governativo. Autorizzo i miei operatori sanitari a trasmettere a EPIC i miei dati medici concernenti le prescrizioni e/o le diagnosi, da utilizzare per i pagamenti, le verifiche o altri servizi medico-sanitari correlati.

Il/La richiedente (e il rispettivo coniuge, se convivente) deve firmare sotto:

Firma del/la richiedente (rappresentante legale)

Data

Firma del coniuge (rappresentante legale)

Data

Attenzione: Se il/la richiedente ha diritto a "Extra Help" e non compila le righe dal n° 4 al n° 22 o non fornisce una copia della lettera di determinazione della Previdenza sociale, la domanda si riterrà incompleta.

Spedire il modulo compilato a:

**EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018**

o via fax:

(518) 452-3576



**EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program**

Piani per le aliquote EPIC

Piano a canone

Single	Reddito annuo	Canone annuo
	Fino a \$ 6.000	\$8
	\$ 6.001 – \$ 7.000	\$16
	\$ 7.001 – \$ 8.000	\$22
	\$ 8.001 – \$ 9.000	\$28
	\$ 9.001 – \$10.000	\$36
	\$10.001 – \$11.000	\$40
	\$11.001 – \$12.000	\$46
	\$12.001 – \$13.000	\$54
	\$13.001 – \$14.000	\$60
\$14.001 – \$15.000	\$80	
\$15.001 – \$16.000	\$110	
\$16.001 – \$17.000	\$140	
\$17.001 – \$18.000	\$170	
\$18.001 – \$19.000	\$200	
\$19.001 – \$20.000	\$230	
Oltre \$20.000	Vedere Piano a franchigia	

Coniugato/a	Reddito annuo complessivo	Canone annuo (individuale)
	Fino a \$ 6.000	\$ 8
	\$ 6.001 – \$ 7.000	\$12
	\$ 7.001 – \$ 8.000	\$16
	\$ 8.001 – \$ 9.000	\$20
	\$ 9.001 – \$10.000	\$24
	\$10.001 – \$11.000	\$28
	\$11.001 – \$12.000	\$32
	\$12.001 – \$13.000	\$36
	\$13.001 – \$14.000	\$40
\$14.001 – \$15.000	\$40	
\$15.001 – \$16.000	\$84	
\$16.001 – \$17.000	\$106	
\$17.001 – \$18.000	\$126	
\$18.001 – \$19.000	\$150	
\$19.001 – \$20.000	\$172	
\$20.001 – \$21.000	\$194	
\$21.001 – \$22.000	\$216	
\$22.001 – \$23.000	\$238	
\$23.001 – \$24.000	\$260	
\$24.001 – \$25.000	\$275	
\$25.001 – \$26.000	\$300	
Oltre \$26.000	Vedere Piano a franchigia	



EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

Piani per le aliquote EPIC

Piano a franchigia

Aree ombreggiate - La franchigia EPIC sarà inferiore all'importo indicato.

	Reddito annuo	Franchigia annua	Reddito annuo complessivo	Franchigia annua (individuale)	Reddito annuo complessivo	Franchigia annua (individuale)
		Sotto \$20.000	Vedere Piano a canone	Sotto \$26.000	Vedere Piano a canone	\$60.001 – \$61.000
	\$20.001 – \$21.000	\$530	\$26.001 – \$27.000	\$650	\$61.001 – \$62.000	\$2.075
	\$21.001 – \$22.000	\$550	\$27.001 – \$28.000	\$675	\$62.001 – \$63.000	\$2.105
	\$22.001 – \$23.000	\$580	\$28.001 – \$29.000	\$700	\$63.001 – \$64.000	\$2.135
	\$23.001 – \$24.000	\$720	\$29.001 – \$30.000	\$725	\$64.001 – \$65.000	\$2.165
	\$24.001 – \$25.000	\$750	\$30.001 – \$31.000	\$900	\$65.001 – \$66.000	\$2.195
	\$25.001 – \$26.000	\$780	\$31.001 – \$32.000	\$930	\$66.001 – \$67.000	\$2.225
	\$26.001 – \$27.000	\$810	\$32.001 – \$33.000	\$960	\$67.001 – \$68.000	\$2.255
	\$27.001 – \$28.000	\$840	\$33.001 – \$34.000	\$990	\$68.001 – \$69.000	\$2.285
	\$28.001 – \$29.000	\$870	\$34.001 – \$35.000	\$1.020	\$69.001 – \$70.000	\$2.315
	\$29.001 – \$30.000	\$900	\$35.001 – \$36.000	\$1.050	\$70.001 – \$71.000	\$2.345
	\$30.001 – \$31.000	\$930	\$36.001 – \$37.000	\$1.080	\$71.001 – \$72.000	\$2.375
	\$31.001 – \$32.000	\$960	\$37.001 – \$38.000	\$1.110	\$72.001 – \$73.000	\$2.405
	\$32.001 – \$33.000	\$1.160	\$38.001 – \$39.000	\$1.140	\$73.001 – \$74.000	\$2.435
	\$33.001 – \$34.000	\$1.190	\$39.001 – \$40.000	\$1.170	\$74.001 – \$75.000	\$2.465
	\$34.001 – \$35.000	\$1.230	\$40.001 – \$41.000	\$1.200	\$75.001 – \$76.000	\$2.495
	\$35.001 – \$36.000	\$1.260	\$41.001 – \$42.000	\$1.230	\$76.001 – \$77.000	\$2.525
	\$36.001 – \$37.000	\$1.290	\$42.001 – \$43.000	\$1.260	\$77.001 – \$78.000	\$2.555
	\$37.001 – \$38.000	\$1.320	\$43.001 – \$44.000	\$1.290	\$78.001 – \$79.000	\$2.585
	\$38.001 – \$39.000	\$1.350	\$44.001 – \$45.000	\$1.320	\$79.001 – \$80.000	\$2.615
	\$39.001 – \$40.000	\$1.380	\$45.001 – \$46.000	\$1.350	\$80.001 – \$81.000	\$2.645
	\$40.001 – \$41.000	\$1.410	\$46.001 – \$47.000	\$1.380	\$81.001 – \$82.000	\$2.675
	\$41.001 – \$42.000	\$1.440	\$47.001 – \$48.000	\$1.410	\$82.001 – \$83.000	\$2.705
	\$42.001 – \$43.000	\$1.470	\$48.001 – \$49.000	\$1.440	\$83.001 – \$84.000	\$2.735
	\$43.001 – \$44.000	\$1.500	\$49.001 – \$50.000	\$1.470	\$84.001 – \$85.000	\$2.765
	\$44.001 – \$45.000	\$1.530	\$50.001 – \$51.000	\$1.500	\$85.001 – \$86.000	\$2.795
	\$45.001 – \$46.000	\$1.560	\$51.001 – \$52.000	\$1.530	\$86.001 – \$87.000	\$2.825
	\$46.001 – \$47.000	\$1.590	\$52.001 – \$53.000	\$1.560	\$87.001 – \$88.000	\$2.855
	\$47.001 – \$48.000	\$1.620	\$53.001 – \$54.000	\$1.590	\$88.001 – \$89.000	\$2.885
	\$48.001 – \$49.000	\$1.650	\$54.001 – \$55.000	\$1.620	\$89.001 – \$90.000	\$2.915
	\$49.001 – \$50.000	\$1.680	\$55.001 – \$56.000	\$1.650	\$90.001 – \$91.000	\$2.945
	\$50.001 – \$51.000	\$1.710	\$56.001 – \$57.000	\$1.680	\$91.001 – \$92.000	\$2.975
	\$51.001 – \$52.000	\$1.740	\$57.001 – \$58.000	\$1.710	\$92.001 – \$93.000	\$3.005
	\$52.001 – \$53.000	\$1.770	\$58.001 – \$59.000	\$1.740	\$93.001 – \$94.000	\$3.035
	\$53.001 – \$54.000	\$1.800	\$59.001 – \$60.000	\$1.770	\$94.001 – \$95.000	\$3.065
	\$54.001 – \$55.000	\$1.830		\$1.800	\$95.001 – \$96.000	\$3.095
	\$55.001 – \$56.000	\$1.860		\$1.830	\$96.001 – \$97.000	\$3.125
	\$56.001 – \$57.000	\$1.890		\$1.860	\$97.001 – \$98.000	\$3.155
	\$57.001 – \$58.000	\$1.920		\$1.890	\$98.001 – \$99.000	\$3.185
	\$58.001 – \$59.000	\$1.950		\$1.920	\$99.001 – \$100.000	\$3.215
	\$59.001 – \$60.000	\$1.980		\$1.950	Oltre \$100.000	Non idoneo
	\$60.001 – \$61.000	\$2.010		\$1.980		
	\$61.001 – \$62.000	\$2.040		\$2.010		
	\$62.001 – \$63.000	\$2.070		\$2.040		
	\$63.001 – \$64.000	\$2.100		\$2.070		
	\$64.001 – \$65.000	\$2.130		\$2.100		
	\$65.001 – \$66.000	\$2.160		\$2.130		
	\$66.001 – \$67.000	\$2.190		\$2.160		
	\$67.001 – \$68.000	\$2.220		\$2.190		
	\$68.001 – \$69.000	\$2.250		\$2.220		
	\$69.001 – \$70.000	\$2.280		\$2.250		
	\$70.001 – \$71.000	\$2.310		\$2.280		
	\$71.001 – \$72.000	\$2.340		\$2.310		
	\$72.001 – \$73.000	\$2.370		\$2.340		
	\$73.001 – \$74.000	\$2.400		\$2.370		
	\$74.001 – \$75.000	\$2.430		\$2.400		
	Oltre \$75.000	Non idoneo				