

Supplemento A

(Supplemento alla richiesta Access NY Health Care - DOH-4220)

Il presente supplemento deve essere compilato se il richiedente:

- Ha non meno di 65 anni di età
- È certificato come non vedente o disabile (di qualsiasi età)
- Non ha la certificazione di disabilità, ma è malato cronico
- È ricoverato e richiede copertura per assistenza in casa di cura, comprese le cure ospedaliere equivalenti all'assistenza in casa di cura.

Nota: Se il richiedente presenta la domanda solo per il Programma di risparmi Medicare (Medicare Savings Program, MSP), non è necessario compilare il presente supplemento.

ISTRUZIONI:

- Compilare le sezioni da A ad E e firmare il presente supplemento.
- Se il richiedente o un componente della sua famiglia presenta domanda per la copertura dell'assistenza in casa di cura, è necessario compilare anche le sezioni F e G.

A. Informazioni sul richiedente e sul coniuge

1. Richiedente/i per cui viene compilato il presente Supplemento:

Cognome	Nome	Iniz. sec. nome	Stato civile	Numero di previdenza sociale	Data di nascita	Se deceduto, indicare la data di morte
					/ /	/ /
					/ /	/ /

Una delle persone sopra indicate è:

- Malato cronico? Sì No
(Esempi: un malato cronico è inabile al lavoro per almeno 12 mesi a causa di una malattia o lesione, oppure ha una malattia o un danno invalidante che dura o è probabile che abbia una durata di almeno 12 mesi.)
- Certificato come non vedente da parte della Commissione per non vedenti e ipovedenti (Commission for the Blind and Visually Handicapped)? Sì No
(Se sì, inviare un documento di prova.)
- Interessato a fare richiesta di partecipare al programma MBI-WPD se disabile e lavoratore? Sì No
Il Programma di adesione al Servizio sanitario statale per disabili che svolgono un'attività lavorativa (Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, MBI-WPD) offre la copertura Medicaid per persone disabili che lavorano, di almeno 16 anni di età, ma che non abbiano ancora compiuto 65 anni. Il programma consente livelli di reddito più alti rispetto al normale programma Medicaid cosicché i lavoratori disabili possano guadagnare di più e mantenere la copertura Medicaid.

Se un richiedente soggiorna in una struttura di cura a lungo termine/casa di cura, in un ospizio o in una struttura di degenza assistita, fornire le seguenti informazioni.

Nome del richiedente che soggiorna in struttura	Denominazione della struttura	Data di ammissione / /	Numero di telefono () -
Indirizzo	Città	Stato	Codice postale
Precedente indirizzo del richiedente	Città	Stato	Codice postale

Se anche l'indirizzo precedente sopra riportato era di una struttura di cura o un ospizio, indicare qui sotto l'indirizzo precedente l'ammissione.

Secondo precedente indirizzo del richiedente	Città	Stato	Codice postale
--	-------	-------	----------------

2. Coniuge del richiedente: (se non elencato sopra)

Cognome	Nome	Iniz. sec. nome
Cognome da nubile o altro nome con cui è conosciuta:	Numero di previdenza sociale	Data di nascita / /
Indirizzo (nel caso di una struttura, indicare l'indirizzo del coniuge prima dell'ammissione alla struttura)		
Città	Stato	Codice postale

Il coniuge del richiedente risiede in una struttura di cura a lungo termine/casa di cura?

Sì No

Se sì, fornire le informazioni seguenti:

Denominazione della struttura	Data di ammissione / /	Numero di telefono () -
Indirizzo	Città	Stato
		Codice postale

Il coniuge del richiedente è deceduto?

Sì No

Se sì, qual è la data di morte? ____ / ____ / ____

B. Per quale tipo di assistenza e servizi si sta presentando la domanda? (selezionare la casella pertinente)

- Il richiedente sta presentando la domanda per la copertura Medicaid, ma non per la copertura di servizi di assistenza a lungo termine in comunità.** Il richiedente può attestare l'ammontare delle proprie risorse. Non è richiesta la presentazione immediata della documentazione delle proprie risorse. Se da un controllo incrociato dei dati in archivio risulterà qualcosa di diverso da quanto segnalato, al richiedente potrebbe essere chiesto di fornire un documento probante in un momento successivo.

Nella presente copertura non sono comprese l'assistenza in casa di cura, l'assistenza domiciliare o i servizi di assistenza sanitaria a lungo termine in comunità sotto elencati.*

- Il richiedente sta presentando la domanda per la copertura di servizi di assistenza a lungo termine in comunità.** È richiesta la documentazione dell'ammontare **attuale** delle proprie risorse. Il richiedente, però, dovrà presentare subito la documentazione solo per alcune risorse. Per un elenco di tali risorse, vedere la sezione "Documentazione richiesta" in basso.

Questa copertura include i seguenti servizi:*

- Assistenza sanitaria diurna per adulti
- Assistenza domiciliare con licenza limitata
- Assistenza infermieristica privata
- Ricovero in comunità
- Programma residenziale di ricovero
- Programma di degenza assistita
- Programma di assistenza personale gestito dal paziente
- Servizi di agenzia di assistenza sanitaria domiciliare certificata
- Struttura sanitaria residenziale
- Servizi di risposta personale in caso di emergenza
- Servizi di assistenza personale
- Assistenza a lungo termine gestita in comunità
- Esenzioni e altri servizi forniti tramite programma di servizi a domicilio e in comunità

Nota: Alcuni esempi di programmi domiciliari e in comunità che forniscono esenzioni e altri servizi sono il Traumatic Brain Injury Program (programma per le lesioni cerebrali traumatiche) e il Nursing Home Transition and Diversion Program (programma di inoltro e transizione in case di cura).

- Il richiedente è ricoverato e presenta la domanda per la copertura dell'assistenza in casa di cura.** È richiesta la documentazione delle proprie risorse per gli **ultimi 60 mesi**. Il richiedente, però, dovrà presentare subito la documentazione solo per alcune risorse. Per un elenco di tali risorse, vedere la sezione "Documentazione richiesta" in basso.

*Il richiedente può risultare idoneo ai servizi di assistenza riabilitativa a breve termine. I servizi di assistenza riabilitativa a breve termine comprendono un accesso/un'ammissione durante un periodo di 12 mesi fino a 29 giorni consecutivi di assistenza in casa di cura e/o di assistenza sanitaria domiciliare certificata.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Se si sta richiedendo la copertura di **servizi di assistenza a lungo termine in comunità** o **l'assistenza in casa di cura**, fornire la documentazione relativa al periodo di tempo sopra indicato per tutte le risorse seguenti, se applicabili.

- Polizza di assicurazione sulla vita;
- Titoli, azioni, obbligazioni e fondi comuni d'investimento;
- Rendite;
- Contratto o fondo spese funebri;
- Documenti e conti fiduciari.

Non occorre inviare subito la documentazione probante per altre risorse, in quanto queste potrebbero essere oggetto di verifica di controlli incrociati. Se le risorse segnalate non corrispondono o non possono essere verificate in base ai dati in archivio, potrebbe essere necessario fornire la relativa documentazione probante in un momento successivo.

C. Risorse/Beni patrimoniali

ISTRUZIONI PER LE SEZIONI DA 1 A 8:

- Elencare tutte le risorse attualmente in possesso del richiedente e/o del coniuge/genitore(i), inclusi i depositi a custodia.
- Spuntare la casella “NESSUNO” se il richiedente e/o il coniuge/genitore(i) non possiede alcuna di queste risorse.
- **In caso di richiesta della copertura di assistenza in casa di cura**, elencare anche i conti CHIUSI negli ultimi 60 mesi; includere il saldo alla chiusura e spiegare dove è stato trasferito o come è stato speso il saldo. In una pagina a parte, fornire chiarimenti in merito a ciascuna transazione pari a \$2.000 o superiore.
Nota: Medicaid ha il diritto di sottoporre a revisione tutte le transazioni effettuate durante il periodo di valutazione del trasferimento.

1. Conti correnti/Conti di risparmio/Conti di credito cooperativo/Certificati di deposito (CD): NESSUNO

Denominazione banca	Numero di conto	Nome titolare(i)	Saldo conto attuale	Conti chiusi	
				Data chiusura	Saldo alla chiusura
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$

2. Fondi pensione (compensazione differita, IRA e/o Keogh): NESSUNO

Denominazione istituto	Numero di conto	Nome titolare(i)	Pagamento	Saldo conto attuale	Conti chiusi	
					Data chiusura	Saldo alla chiusura
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	\$	/ /	\$
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	\$	/ /	\$
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	\$	/ /	\$
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	\$	/ /	\$

3. Rendite, azioni, obbligazioni, fondi comuni d'investimento: NESSUNO

Denominazione istituto/società	Numero di conto	Nome titolare(i)	Data di acquisto	Valore attuale	Conti chiusi	
					Data di chiusura o vendita	Valore alla chiusura
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$

4. Polizze di assicurazione sulla vita: **NESSUNO**

Compagnia assicurativa	Numero di polizza	Nome titolare(i)	Valore a pronti attuale	Valore nominale attuale	Polizze annullate	
					Data di annullamento	Valore di liquidazione
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$

5. Beni patrimoniali/Contratti per spese funebri: (Allegare copie): **NESSUNO**

- a. Il richiedente e/o il coniuge ha stipulato un accordo per il funerale prepagato per sé o per un membro della sua famiglia? Sì No
- b. Il richiedente e/o il coniuge possiede uno spazio o un appezzamento di terreno per la sepoltura propria o di un familiare? Sì No
- c. Il richiedente e/o il coniuge possiede denaro in un conto bancario al fine di creare un fondo per le spese funebri? Sì No

Se sì, in quale(i) conto(i) si trova il fondo per le spese funebri del richiedente e/o del coniuge?

Nome della banca e numero del conto	Nome titolare(i)	Valore
		\$
		\$
		\$

- d. Il richiedente ha un'assicurazione sulla vita da utilizzare come fondo per le spese funebri? Sì No
- Se sì, qual è il numero della polizza? _____
- Se sì, l'intero valore monetario è destinato ad essere usato per le spese funebri del richiedente? Sì No
- e. Il coniuge del richiedente ha un'assicurazione sulla vita da utilizzare come fondo per le spese funebri? Sì No
- Se sì, qual è il numero della polizza? _____
- Se sì, l'intero valore monetario deve essere usato per le spese funebri? Sì No

6. Conti fiduciari: Se il richiedente e/o il coniuge ha creato o è beneficiario di un conto fiduciario, presentarne una copia, incluso il prospetto attuale delle attività fiduciarie. **NESSUNO**

Denominazione del conto fiduciario	Concedente	Fiduciario(i)	Attività	Beneficiario	Reddito
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

7. Veicolo(i): Elenco completo di automobili, camion e furgoni. Elenco completo dei veicoli da diporto, compresi camper, motoslitte, barche e motocicli. **NESSUNO**

Nome titolare(i)	Anno/Marca/Modello	Valore equo di mercato	Importo da pagare	In uso?	Data di vendita
			\$	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	/ /
			\$	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	/ /
			\$	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	/ /

8. Elenco di eventuali altre risorse:

Tipo di risorsa	Nome titolare(i)	Valore
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

D. Concessione di terra in usufrutto da parte dello Stato

1. Il richiedente e/o il coniuge possiede o ha un interesse legale nella propria casa, incluso un usufrutto? Sì No

2. Se il richiedente si trova in una struttura sanitaria e possiede una casa propria, ha intenzione di ritornarvi? Sì No

Se **no**, c'è qualcuno che vive in casa? Sì No

Chi vive in casa? _____

Qual è il rapporto tra questa persona e il richiedente e/o il coniuge del richiedente? _____

Se il richiedente e/o il figlio (di qualsiasi età) del coniuge del richiedente vive in casa, tale figlio è disabile? Sì No

Nota: Se esiste un impedimento legale che non permette al richiedente di vendere la proprietà, questa non viene considerata al momento di stabilire l'idoneità a Medicaid. **Inviare la documentazione probante dell'impedimento legale.**

3. Valore reale del patrimonio abitativo:

Se il richiedente è proprietario della propria casa, qual è il suo valore reale? \$ _____

Nota: Il valore reale è il valore equo di mercato meno eventuali diritti di pegno non pagati, ipoteche, ecc.

E. Beni immobili (diversi dall'abitazione)

Il richiedente e/o il coniuge possiede o ha un interesse legale in altri beni immobili? (Spuntare la casella pertinente) Sì No

Reddito da affitto di proprietà

Casa per le vacanze

Multiproprietà

Terreno non sfruttato

Altri diritti di proprietà (interni o esterni allo Stato di New York)

Se **sì**, fornire le informazioni seguenti:

Nome e indirizzo proprietario(i)	Indirizzo della proprietà	Tipo di possesso (Spuntare una casella)	Valore reale
		<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Comproprietà <input type="checkbox"/> Proprietà in usufrutto	\$
		<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Comproprietà <input type="checkbox"/> Proprietà in usufrutto	\$
		<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Comproprietà <input type="checkbox"/> Proprietà in usufrutto	\$
		<input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Comproprietà <input type="checkbox"/> Proprietà in usufrutto	\$

FINE DEL PRESENTE MODULO a meno che il richiedente o un componente del suo nucleo familiare sia ricoverato e presenti domanda per la copertura dell'assistenza in casa di cura. Occorre comunque FIRMARE la sezione I del presente documento.

F. Trasferimenti di beni patrimoniali

1. Trasferimenti

- a. Negli ultimi 60 mesi, il richiedente, il coniuge o qualcuno per suo conto, ha trasferito, cambiato la proprietà, ceduto o venduto beni patrimoniali, inclusa la casa del richiedente o altro bene immobile? Sì No
- b. Negli ultimi 60 mesi, il richiedente o il coniuge ha creato o trasferito attività relative a un conto fiduciario? Sì No

Se la risposta ad una o ad entrambe le domande precedenti è stata Sì, descrivere di seguito il trasferimento o i trasferimenti avvenuti. Se necessario, allegare altre pagine.

Descrizione bene patrimoniale/attività (reddito incluso)	Data del trasferimento	Destinatario del trasferimento	Ammontare del trasferimento
			\$
			\$
			\$
			\$

- c. Il richiedente sta effettuando la vendita di proprietà? Sì No

- d. Negli ultimi 60 mesi, il richiedente, il coniuge o qualcuno per suo conto, ha modificato l'atto o la proprietà di beni immobili, inclusa la creazione di una proprietà in usufrutto? Sì No

Se sì, quando? _____

- e. Se il richiedente ha acquisito una proprietà in usufrutto in relazione alla casa di un'altra persona, ha vissuto in quella casa per almeno un anno dopo l'acquisizione? Sì No

- f. Negli ultimi 60 mesi, il richiedente, il coniuge o qualcuno per suo conto, ha contratto un mutuo, prestito o cambiali? Sì No

Se sì, quando? _____

- g. Negli ultimi 60 mesi, il richiedente, il coniuge o qualcuno per suo conto, ha acquisito o modificato una rendita? Sì No

Se sì, quando? _____

2. Il richiedente, il coniuge o qualcuno per suo conto ha versato un acconto a qualche struttura residenziale o sanitaria, quale una casa di cura, una struttura assistita, una casa di riposo e assistenza continua per anziani o una comunità di cura a lungo termine? Sì No

Se sì, inviare una copia dell'accordo.

G. Dichiarazioni dei redditi

- Il richiedente e/o il coniuge ha presentato dichiarazioni dei redditi negli Stati Uniti negli ultimi quattro anni? Sì No

Se sì, inviare le copie complete di tali dichiarazioni, incluse tutte le distinte e gli allegati.

H. Informazioni importanti

■ Diritti di pegno su proprietà immobiliari

Se si riceve Medicaid, è possibile che venga posto in essere un diritto di pegno ed effettuato un recupero sulle proprietà immobiliari del richiedente in particolari circostanze, se il richiedente si trova in un'istituto sanitario ed è probabile che non torni a casa. I servizi Medicaid erogati per conto del richiedente possono essere recuperati dalle persone che erano legalmente responsabili della sua assistenza nel momento di erogazione dei servizi sanitari. Medicaid può anche recuperare il costo di servizi e i premi non correttamente versati.

■ Trasferimento di beni patrimoniali

Le leggi federali e statali stabiliscono che un soggetto possa non essere considerato idoneo a ricevere servizi in strutture di cura per un periodo di tempo se questi o il rispettivo coniuge effettua un trasferimento di beni patrimoniali ad un valore inferiore al valore equo di mercato entro il periodo di osservazione (look-back period). Il periodo di osservazione corrisponde ai 60 mesi immediatamente precedenti la data in cui il soggetto è stato ricoverato e ha presentato domanda per partecipare al programma Medicaid.

■ Rendite

Come condizione per la copertura da parte di Medicaid di servizi in strutture di cura, i richiedenti sono tenuti a produrre una descrizione di qualsiasi interesse abbia l'individuo o il rispettivo coniuge in una rendita. Questa comunicazione è necessaria indipendentemente dal fatto che la rendita sia una risorsa irrevocabile o numerabile.

In aggiunta all'acquisizione di una rendita, alcune transazioni eseguite in relazione alla rendita dal richiedente o dal rispettivo coniuge entro il periodo di osservazione possono essere considerate trasferimenti, a meno che:

- Lo Stato venga nominato beneficiario della rimanenza al primo posto almeno per l'ammontare di Medicaid versato per conto del beneficiario della rendita; o
- Lo Stato venga nominato al secondo posto dopo il coniuge in comunione di beni o un figlio disabile o minorenni, oppure al primo posto se il suddetto coniuge o il rappresentante del figlio aliena detta rimanenza per un valore inferiore al valore equo di mercato.

Qualora la documentazione attestante la nomina dello Stato a beneficiario della rimanenza non fosse presentata, il richiedente potrebbe risultare non idoneo alla copertura per l'assistenza in strutture di cura.

Qualora la rendita fosse una risorsa numerabile al momento della presentazione della domanda, non è necessario che il richiedente/il coniuge nomini lo Stato quale beneficiario della rimanenza.

I. Certificazione e autorizzazione

Dichiaro, sotto giuramento e a pena di falsa testimonianza, che le informazioni riportate nel presente modulo sono corrette e complete per quanto di mia conoscenza. Sono consapevole di dover riferire qualsiasi modifica concernente le suddette informazioni entro 10 giorni dal verificarsi del cambiamento.

Se l'idoneità dipende dalla quantità di risorse possedute da me e dal mio coniuge, apponendo la nostra firma in calce alla presente domanda autorizziamo la verifica delle nostre risorse presso gli istituti finanziari allo scopo di accertare l'idoneità. Entrambi i coniugi devono apporre la propria firma in basso. Questa autorizzazione cesserà qualora venisse respinta la mia domanda di adesione a Medicaid o non fossi più considerato/a idoneo/a al programma Medicaid, oppure sarà revocata dietro presentazione di una mia/nostra dichiarazione scritta al Dipartimento dei servizi sociali locale.

X _____
FIRMA DEL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE

X _____
DATA FIRMA

X _____
FIRMA DEL CONIUGE DEL RICHIEDENTE

X _____
DATA FIRMA