

Modulo di richiesta e istruzioni per i Programmi di assistenza per non assicurati

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
AIDS Institute
Uninsured Care Programs
Empire Station, P.O. Box 2052
Albany, NY 12220
1-800-542-2437 o 1-844-682-4058

Farmaci (ADAP)
Assistenza di base (ADAP Plus)
Programma di assistenza domiciliare (Home Care)
Copertura assicurativa continuativa ADAP Plus (APIC)
Programma di assistenza alla profilassi pre-esposizione (PrEP-AP)

Informazioni generali

L'AIDS Institute (Istituto sanitario per l'AIDS) del NYS Department of Health mette a disposizione dei residenti dello Stato di New York sprovvisti di copertura assicurativa o con copertura insufficiente cinque programmi (ADAP, assistenza di base, assistenza domiciliare, APIC e PrEP-AP) per consentire l'accesso alle cure sanitarie. Per tutti i Programmi verrà usato lo stesso modulo di richiesta e la stessa procedura di iscrizione; per i programmi Home Care e APIC saranno richiesti ulteriori moduli.

L'ADAP sostiene le spese per i farmaci per il trattamento dell'HIV/AIDS e le infezioni opportunistiche. Può essere utile per i pazienti sprovvisti di copertura assicurativa o con copertura parziale, con Medicaid Spend-down/Surplus o Medicare Parte D.

L'ADAP Plus (Primary Care) sostiene le spese per le prestazioni di base in regime ambulatoriale erogate da cliniche,

ospedali, laboratori e medici privati convenzionati.

Il programma Home Care sostiene le spese per le prestazioni di assistenza domiciliare erogate a pazienti cronicamente dipendenti dal punto di vista medico e ordinate dal proprio curante. Il programma copre le prestazioni fornite da agenzie di assistenza domiciliare convenzionate.

L'APIC (ADAP Plus Insurance Continuation) sostiene le spese per la sottoscrizione di assicurazioni sanitarie economiche ai partecipanti che ne hanno diritto.

Il PrEP-AP (Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program) sostiene le spese per le prestazioni in regime ambulatoriale dei partecipanti ammissibili per le cure e il monitoraggio necessari all'utilizzo corretto della profilassi nella prevenzione dell'infezione da HIV.

Dichiarazione di riservatezza dei Programmi di assistenza per non assicurati

Secondo le leggi dello Stato di York, le informazioni relative all'HIV fornite ai Programmi di assistenza per non assicurati saranno tenute strettamente riservate. Tali informazioni (ad es., la partecipazione del richiedente) potranno essere fornite a terzi solamente per consentire la gestione appropriata dei Programmi. Questi terzi sono soggetti e organizzazioni con cui i Programmi dovranno discutere la richiesta e/o la partecipazione del richiedente per determinarne l'ammissibilità, sostenere le spese per le prestazioni o i farmaci coperti, o per rendere conto in maniera adeguata dei fondi spesi. Lo staff dei Programmi è consapevole della necessità di riservatezza e privacy del partecipante e tratterà i dati personali per solo lo stretto necessario per la somministrazione dei Programmi stessi.

Per dare un'idea della questione di riservatezza e delle condizioni di partecipazione ai Programmi, vengono forniti gli esempi seguenti:

- I Programmi **NON** contatteranno datori di lavoro, locatori, familiari, amici, vicini di casa del richiedente o chiunque altro senza il diretto consenso del richiedente stesso, indipendentemente dal fatto che possano essere direttamente correlati alla richiesta o alla partecipazione del richiedente ai Programmi.
- I Programmi potranno contattare il medico o il fornitore di prestazioni sanitarie del richiedente per ottenere ulteriori informazioni o per avere chiarimenti sulle informazioni richieste nel modulo di idoneità medica.
- I Programmi verificheranno con la farmacia o con il medico presso cui viene presentata la tessera del programma recante il nome e numero di identificazione, che il richiedente sia iscritto e paghi le prestazioni o i farmaci coperti.

- I Programmi discuteranno della richiesta di iscrizione presentata dai soggetti sottoposti a regime carcerario con i funzionari autorizzati della commissione per la libertà condizionale o del penitenziario, a seconda dei casi.

È possibile indicare per iscritto ai Programmi la persona da contattare per informazioni se lo staff del programma non riesce a contattare il richiedente (ad es., l'assistente sociale che collabora alla presentazione della richiesta oppure un amico o familiare fidato).

I Programmi di assistenza per non assicurati si accolleranno le spese in ultima istanza e contatteranno la compagnia assicurativa sanitaria del richiedente o un pagatore terzo perché rimborsi l'ADAP per i farmaci forniti in base ai Programmi. Ciò si rende necessario per consentire all'ADAP di recuperare i fondi che saranno utilizzati per ampliare la copertura dei Programmi includendo nuovi farmaci/prestazioni e altre persone.

Queste condizioni valgono dalla data di presentazione della richiesta fino all'uscita dai Programmi, incluso il tempo necessario per completare eventuali procedure di rimborso di terzi per farmaci o prestazioni erogate dai Programmi. È possibile cancellare in qualsiasi momento l'iscrizione ai Programmi presentando apposita richiesta scritta.

Una copia dell'Informativa sulla privacy dei Programmi è reperibile sul sito: <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>
Per eventuali domande, chiamare il numero **1-800-542-2437** oppure **1-844-682-4058**.

TUTTE LE INFORMAZIONI FORNITE AI PROGRAMMI SARANNO TENUTE STRETTAMENTE RISERVATE.

Istruzioni per la richiesta

L'ammissibilità è subordinata a esigenze economiche e mediche. Oltre alla domanda compilata, va presentata anche la documentazione che attesti la residenza e il reddito. Dovrà essere presentata una domanda separata dal proprio medico curante.

Una volta ottenuta l'approvazione, si riceverà la tessera di partecipazione e le istruzioni per l'utilizzo. Per ricevere i farmaci a titolo gratuito presso una farmacia convenzionata andrà presentata questa tessera insieme alla prescrizione. La tessera va mostrata anche per ricevere le prestazioni mediche a titolo gratuito di un operatore sanitario convenzionato. Se necessarie, si riceveranno gratuitamente a casa le prestazioni offerte da un'agenzia di assistenza domiciliare convenzionata (sussidio massimo di \$30.000 per tutta la durata).

A. Dati del/la richiedente

Nome

Indicare il proprio nome e cognome, numero di previdenza sociale e data di nascita. Se si è conosciuti con un altro nome, indicarlo nello spazio fornito e specificare il nome che si preferisce riportare sulla tessera. Assicurarsi che il nome riportato sulla tessera coincida con quello indicato dal medico sulle prescrizioni.

Indirizzo

È richiesto un certificato di residenza nello Stato di New York. La residenza può essere certificata con una copia di UNO dei seguenti documenti (riportante le generalità e l'indirizzo). Se si indica una casella postale per ricevere la posta, bisogna includere le informazioni che confermino l'indirizzo fisico per certificare la residenza nello Stato di New York.

- Buste paga o estratto conto bancario con il proprio nome e indirizzo (degli ultimi 90 giorni)
- Notifica di decisione corrente di Medicaid
- Bolletta di luce/gas (degli ultimi 90 giorni)
- Bolletta telefonica (degli ultimi 90 giorni)
- Ricevuta di affitto (degli ultimi 90 giorni)

Se si convive con qualcuno e nessuno di questi documenti è intestato al richiedente, occorre una certificazione di residenza e una lettera che attesti questa convivenza.

Genere/Razza/Etnia/Lingua

Indicare il Genere, la razza, l'etnia e la lingua preferita.

B. Copertura assicurativa sanitaria

I Programmi possono fornire assistenza a quanti possiedono altre coperture assicurative ed hanno difficoltà a pagare franchigie, quote a carico, importi Medicaid spenddown/surplus o altre spese non rimborsabili. Includere una copia fronte-retro di ogni altra tessera di copertura assicurativa.

Medicaid

Indicare il proprio status Medicaid o se è stata presentata la richiesta per Medicaid. Se si dispone di copertura Medicaid con condizione di spenddown/surplus indicare l'importo nello spazio fornito.

Medicare

Indicare se si dispone di Medicare e se sì, di quale tipo, A, B, C o D.

Assicurazione sanitaria

Rispondere a tutte le domande riguardanti l'assicurazione sanitaria. In caso di problemi nel pagamento dei premi assicurativi, chiamare il numero **1-800-542-2437** oppure **1-844-682-4058** o compilare la richiesta APIC (numero di modulo DOH-2794c) reperibile all'indirizzo <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

C. Reddito del/la richiedente e dei familiari

Sistemazione abitativa

Barrare la casella che descrive la situazione abitativa.

Nucleo familiare

Elencare tutti i componenti del nucleo familiare. È considerato facente parte del nucleo chiunque sia legalmente responsabile del richiedente o che sia a carico del richiedente. Sono inclusi il coniuge e i figli minori di 21 anni oppure i genitori e i fratelli, se il richiedente è minore di 21 anni.

Ammissibilità finanziaria

L'ammissibilità finanziaria è subordinata al 500% della soglia di povertà federale (Federal Poverty Level, FPL). La FPL varia in base alle dimensioni del nucleo familiare ed è aggiornata ogni anno. L'ammissibilità finanziaria è calcolata sul reddito lordo disponibile del nucleo familiare, dedotte le trattenute Medicare e previdenza sociale e il costo della copertura assicurativa versata dal richiedente.

Fonte di reddito

Elencare tutte le fonti di reddito del richiedente e di tutti i componenti del nucleo familiare. Questo è esclusivamente il reddito dei familiari a carico del richiedente (ad esempio, coniuge o figlio, ma non zii, cugini o coinquilini). Per ogni fonte, indicare l'importo lordo (al lordo delle imposte), la frequenza di riscossione e se il reddito è personale o di un familiare. Se un proprio familiare è privo di reddito, indicarlo in questa sezione. È richiesta la certificazione del reddito. Fornire la documentazione completa dei redditi per ciascuna fonte indicata. Tipi di fonti di reddito sono: stipendio/retribuzioni (FT o PT), lavoro autonomo, sussidio di disoccupazione, indennità di infortunio sul lavoro, assegno di assistenza sociale, reddito previdenziale supplementare (Supplemental Security Income, SSI), assegno di invalidità della previdenza sociale (Social Security Disability, SSD), sussidio di previdenza sociale, pensione, indennità per veterani, alimenti/assegno di mantenimento dei figli, interessi/dividendi/royalty, reddito da affitto di proprietà, altro (specificare), assenza di reddito e rendite.

Percettori di reddito

Il reddito deve essere documentato da copie delle buste paga degli ultimi 30 giorni. La busta paga deve riportare i compensi da inizio anno, le ore lavorate, tutte le detrazioni e le date di copertura dei pagamenti. Se non è possibile ottenere una busta paga, inviare una lettera del datore di lavoro in cui sia riportata la retribuzione annua lorda e una copia della dichiarazione dei redditi più recente. (La lettera non deve essere indirizzata necessariamente ai Programmi. È sufficiente che riporti l'indicazione "to whom it may concern").

Lavoratori autonomi/Reddito da affitto

Fornire la dichiarazione dei redditi più recente e un una dichiarazione della previsione del reddito annuo del corrente anno.

Tutti gli altri redditi

Come prova degli altri tipi di reddito andrà fornita una copia recente delle lettere di assegnazione o degli assegni di invalidità della previdenza sociale/reddito previdenziale supplementare, assegni di disoccupazione, assegni pensionistici, etc.

Assenza di reddito

Se non si possiede alcun reddito e si riceve sostentamento da amici o familiari, fornire una lettera firmata da tali amici o familiari in cui siano indicate le forme di sostentamento fornite.

Rendite

Fornire una copia dell'estratto del conto di risparmio.

E. Contatti alternativi

Elencare in questa sezione la persona o le persone con cui lo staff dei Programmi possa discutere di questa richiesta. Leggere la dichiarazione di riservatezza che descrive quali persone possono essere contattate in merito a questa richiesta e iscrizione.

F. Dichiarazione di certificazione e firma

Leggere attentamente la dichiarazione di certificazione, quindi firmare e apporre la data alla richiesta. Non è possibile elaborare una richiesta priva di firma. Conservare una copia della richiesta e di tutta la documentazione per riferimento.

Problemi o domande

In caso di problemi nella compilazione della richiesta o per eventuali domande sui Programmi di assistenza per non assicurati o sulla documentazione richiesta, comporre il numero verde gratuito: **1-800-542-2437** oppure **1-844-682-4058** o consultare il documento "Domande frequenti" reperibile sul sito <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

Il presente modulo di richiesta è utilizzato per determinare l'ammissibilità all'AIDS Drug Assistance Program (ADAP), ADAP Plus (assistenza di base), HIV Home Care, ADAP Plus Insurance Continuation (APIC) e al Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program (PrEP-AP). Per i programmi Home Care e APIC sono necessari ulteriori documenti. Per eventuali domande sui programmi o sulla compilazione di questo modulo, contattare la linea diretta riservata al numero **1-800-542-2437** oppure **1-844-682-4058**.

COMPILARE IL MODULO IN OGNI SUA PARTE E IN MODO CHIARO E LEGGIBILE.

A. Dati del/la richiedente

Cognome _____ Nome _____ Iniz. 2° nome _____

Altri nomi utilizzati _____

Data di nascita (Mese/Giorno/Anno) _____ Numero di previdenza sociale _____

Indirizzo È richiesto un certificato di residenza.

Via _____ N. app. _____

Città _____ Stato _____ CAP _____

È possibile inviare le informazioni sul programma all'indirizzo indicato? Sì No *Se no, fornisca una spiegazione e un indirizzo alternativo.*

Telefono

Tel. principale (____) _____ Tel. secondario (____) _____

È possibile lasciare un messaggio a questo numero? Sì No

Gender *Selezioni tutte le caselle pertinenti:* Donna Uomo Transessuale Gender non binario

Etnia Bianca Nera/Afro-americana Nativa d'America/dell'Alaska

Asiatica: Indiana asiatica Cinese Filippina Giapponese Coreana Vietnamita Altra asiatica

Nativa delle Hawaii/delle isole del Pacifico: Nativa delle Hawaii Guam o Chamorro Samoa Altra isola del Pacifico

Più di una razza Altra _____

Etnia Non ispanica

Ispanica/Latina: Messicana, Messicana amerinda, Chicana Portoricana Cubana Altra etnia ispanica/Latina o origine spagnola

Lingua preferita Inglese Spagnolo Altra _____

Ha bisogno di servizi di assistenza linguistica? Sì No

Stato civile Celibe/Nubile Coniugato/a, convivente con coniuge Coniugato/a, non convivente con coniuge

B. Copertura assicurativa sanitaria

Ha altre coperture assicurative? (Polizza privata, HMO, Union, Retirement, Medicare o altro piano sanitario) Sì No

Se Medicare, quali tipi? A: Ospedalizzazione B: Assistenza di base C: Piano Medicare Advantage

D: Prescrizione di farmaci

Paga i premi dell'assicurazione sanitaria? Sì No

Se possiede un'assicurazione sanitaria, fornisca una copia fronte-retro delle tessere.

Contatti il programma al numero 1-800-542-2437 oppure 1-844-682-4058 per conoscere come ottenere assistenza nel pagamento delle assicurazioni sanitarie.

Medicaid

Se dispone di Medicaid con condizione di "spenddown", indichi l'importo spenddown in \$ _____

Se le è stata negata Medicaid, indichi il motivo _____

C. Reddito del/la richiedente e dei familiari *È richiesta la certificazione del reddito.*

Vivo da solo/a Vivo con altri Senza fissa dimora Scarcerato/a

Elenchi separatamente tutte le fonti di reddito del/la richiedente e di tutti i componenti del nucleo familiare.

Nome del familiare*	Data di nascita	Relazione Me medesimo
Fonte di reddito	Importo Lordo	Con quale frequenza? <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Annuale
Nome del familiare*	Data di nascita	Relazione
Fonte di reddito	Importo Lordo	Con quale frequenza? <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Annuale
Nome del familiare*	Data di nascita	Relazione
Fonte di reddito	Importo Lordo	Con quale frequenza? <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Annuale
Nome del familiare*	Data di nascita	Relazione
Fonte di reddito	Importo Lordo	Con quale frequenza? <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Annuale

**Se desidera che contattiamo qualcuno dei familiari in elenco, aggiunga il nome come contatto alternativo nella Sezione D.*

D. Contatti alternativi

Apponendo la firma a questo modulo, autorizzo i Programmi di assistenza per non assicurati a parlare della mia richiesta con la persona o le persone seguenti

(ad es., assistente sociale, gestore del caso, familiare):

Nome	Organizzazione	Relazione	Telefono
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____

E. Dichiarazione di certificazione e firma

Certifico che tutte le informazioni fornite in questo modulo sono vere e corrette e che ho la residenza nello Stato di New York. Sono consapevole di quanto segue:

Queste informazioni vengono fornite in relazione alla ricezione di fondi federali da parte dello Stato di New York. I funzionari dei Programmi verificheranno le informazioni riportate nel modulo. All'occorrenza, i funzionari dei Programmi potranno verificare periodicamente il mio status Medicaid e pagare Medicaid.

Se fornisco deliberatamente false informazioni in questo modulo, potrei essere tenuto/a a rimborsare i sussidi che mi sono stati erogati ed essere perseguito/a penalmente secondo le leggi statali e federali applicabili.

Faccio richiesta dei sussidi in base ai Programmi di assistenza per non assicurati e autorizzo l'uso e la divulgazione dei miei dati come richiesto per le finalità del mio trattamento e per il pagamento delle prestazioni sanitarie, dei premi assicurativi e delle operazioni sanitarie del Programma.

Firma del/la richiedente (o del tutore legale, se il/la richiedente è minore)

Data

**Conservare una copia del modulo per riferimento e spedire l'originale e tutta la documentazione a:
UNINSURED CARE PROGRAMS, EMPIRE STATION, P.O. BOX 2052, ALBANY, NY 12220-0052**