

Istruzioni per la domanda di partecipazione al Medicare Savings Program (MSP)

Utilizzi questo modulo di domanda per verificare se è idoneo/idonea a ricevere il pagamento dei premi di Medicare e/o costi parziali. Questa NON è una richiesta per altri benefici quali servizi e supporti a lungo termine. Se desidera far domanda di ulteriore copertura di Medicaid o ha bisogno di assistenza per completare parte di questo modulo, contatti l'ufficio locale di Medicaid - www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu

Vi sono tre tipi di programmi Medicare Savings Program (MSP)

Qualified Medicare Beneficiary (QMB): lo stato paga i premi di Medicare Parte A e/o Parte B e i costi parziali (franchigia, coassicurazione e le quote a carico del paziente). Se è idoneo/idonea per il QMB è automaticamente idoneo/idonea per l'Extra Help (ulteriore assistenza) per coprire i costi della copertura delle medicine di Medicare Parte D.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB): lo stato paga i premi di Medicare Parte B e Lei è automaticamente idoneo/idonea per l'Extra Help per coprire i costi della copertura delle medicine di Medicare Parte D.

Qualifying Individual (QI): lo stato paga i premi di Medicare Parte B e Lei è automaticamente idoneo/idonea per l'Extra Help per coprire i costi della copertura delle medicine di Medicare Parte D.

Lo stato decide se Lei è idoneo/idonea (e se la/il coniuge è idonea/idoneo qualora facesse domanda anche lei/lui). In caso di approvazione al programma MSP, il Suo premio della Parte B non sarà più dedotto dal Suo Social Security, dai benefit del piano pensionistico Railroad or Civil Service e Lei sarà automaticamente iscritto all'Extra Help per il pagamento dei premi di Medicare Parte D e delle spese condivise per le medicine coperte. In caso non sia iscritto/iscritta al benefit Extra Help contatti l'ufficio Medicaid.

Il recupero dei beni non viene utilizzato per contribuire al pagamento dei premi di Medicare o la condivisione dei costi. Ciò significa che NON dovrà rimborsare alcun aiuto ricevuto tramite il Medicare Savings Program.

Possibili documenti da presentare

Per confermare alcune informazioni è possibile che Lei debba fornire copie di alcuni documenti, tra cui:

- Prova degli introiti (as esempio benefit pensionistici o di disabilità o buste paga)
- Prova dei beni (ad esempio estratti conto bancari o polizze sulla vita)
- Prova di Medicare
- Per i non cittadini, prova di aver diritto allo stato di immigrazione (come la green card, passaporto o altri documenti rilasciati dal Department of Homeland Security)
- Prova di dove risiede (ad esempio ricevuta di affitto, delle utenze o un documento di identificazione ID)

In caso abbia bisogno di maggior spazio, alleggi ulteriori pagine.

Modi in cui far domanda

- Compilare una domanda online al _____
- Spedire questa domanda per posta a _____
- Mandare questa domanda via fax a _____
- Recarsi di persona all'ufficio [agenzia statale] _____
- Chiamare [agenzia statale] per assistenza al _____

Conservare una copia della domanda.

Cosa succede in seguito?

L'agenzia di Medicaid esaminerà la Sua domanda. Lei riceverà una risposta sulla Sua idoneità entro 45 giorni. Se non riceve una risposta entro 45 giorni, contatti l'agenzia locale di Medicaid.

Assistenza per le domande sui programmi di Medicare Savings

Per domande sui Medicare Savings Programs o i benefit di Medicare contatti lo State Health Insurance Assistance Program (SHIP) locale. Per informazioni sui contatti chiami il numero [877-839-2675](tel:877-839-2675) o consulti il sito www.shiphelp.org/.

Domanda per i programmi Medicare Savings Programs

Informazioni personali				
Richiedente – Nome come appare sulla Medicare card				
Cognome	Nome		Secondo nome	
Indirizzo di dove si abita	Città	Stato	CAP	
Indirizzo postale (se diverso)	Città	Stato	CAP	
Numero di telefono principale:		Ulteriore numero di telefono (opzionale):		
Indirizzo di email (opzionale)		Stato civile: Non coniugato/coniugata (nubile/divorziato/divorziata/vedovo/vedova) ☐ Coniugato/Coniugata in coabitazione con il coniuge ☐ Coniugato/Coniugata ma separato/separata ☐		
Stato di cittadinanza:				
È cittadino/cittadina statunitense? ☐ Sì ☐ No				
In caso negativo ha uno stato di immigrazione idoneo? ☐ Sì (Completi le informazioni sottostanti) ☐ No				
Permesso di residenza, numero I-94 o numero di identificazione e tipo di documento	Data di rilascio	Data in cui è arrivato/arrivata negli Stati Uniti	Nazione d'origine	
Lei, il Suo/la Sua coniuge o genitore siete reduci di guerra o militari in servizio degli Stati Uniti? ☐ Sì ☐ No				
Il Suo/la Sua coniuge è cittadino/cittadina statunitense (se anche il coniuge/la coniuge fa domanda al MSP)? ☐ Sì ☐ No				
In caso negativo hanno uno stato di immigrazione idoneo? ☐ Sì (Completi le informazioni sottostanti) ☐ No				
Permesso di residenza, numero I-94 o numero di identificazione e tipo di documento	Data di rilascio	Data in cui è arrivato/arrivata negli Stati Uniti	Nazione d'origine	
Membri della famiglia				
Includa il/la coniuge che vive nella stessa abitazione. Includa i familiari che vivono nella stessa abitazione che sono Suoi dipendenti o dipendenti del coniuge per almeno metà del supporto finanziario. Se ha bisogno di maggior spazio per scrivere alleggi ulteriori pagine.				
Nome (cognome, nome, secondo nome)	Tipo si parentela nei Suoi confronti	Data di nascita	Fa domanda di benefit MSP?	Numero di Social Security (se fa domanda di MSPs)
	Se stessi		Sì ☐ No ☐	
	Coniuge		Sì ☐ No ☐	
	Altro (specifichi)		N/A	Opzionale
	Altro (specifichi)		N/A	Opzionale

Informazioni sulla copertura di Medicare

Ha Medicare?		Tipo di copertura	Numero di Medicare
Se stessi	Sì ☐ No ☐	Parte A ☐	
		Parte B ☐	
Coniuge	Sì ☐ No ☐	Parte A ☐	
		Parte B ☐	

Altre informazioni sull'assicurazione sanitaria
(come datore di lavoro, Medigap, Tricare, benefici sanitari VA)

Titolare della polizza	Assicuratore	Tipo di assicurazione	Numero di polizza

Introiti

Elenchi gli introiti che ricevete Lei o il/la coniuge. Specifichi l'ammontare lordo degli introiti prima delle ritenute fiscali o del pagamento dei premi di assicurazione. Segue un elenco non esaustivo di alcuni tipi di introiti:

- Benefit del Social Security
- Supplemento al Security (SSI)
- Compensazione per i lavoratori
- Benefit di reduce di guerra
- Pagamenti di mantenimento
- Assistenza pubblica
- Assicurazione di disoccupazione
- Libero professionista
- Cedole e Interessi
- Affitti
- Salari
- Commissioni
- Benefit dei ferrovieri
- Benefit del Servizio Civile

[illegible]

Beni

Se Lei o il/la coniuge avete dei beni, specifichi il tipo, chi possiede i beni e se il bene è di proprietà individuale o in comproprietà. Segue un elenco di beni ma solo a titolo esemplificativo:

- Contanti
- Conti correnti
- Conti di risparmio
- Conti nel mercato monetario (Money Market Accounts)
- Investimenti
- Obbligazioni
- Azioni
- Individual Retirement Accounts (IRAs)
- Fondi per la sepoltura
- Case o terra che possiede (esclusa la residenza primaria)
- Certificati di deposito (CD)

Tipo di bene	Nome del proprietario	Titolarità	Valore attuale
		Individuale ☐ In comune ☐	\$
		Individuale ☐ In comune ☐	\$
		Individuale ☐ In comune ☐	\$
		Individuale ☐ In comune ☐	\$
		Individuale ☐ In comune ☐	\$
		Individuale ☐ In comune ☐	\$
		Individuale ☐ In comune ☐	\$
		Individuale ☐ In comune ☐	\$

Lei o il/la coniuge avete dei mezzi di trasporto (automobili, camion, barche, case mobili, motociclette, camper e/o roulotte)? In caso affermativo faccia un elenco e indichi quale veicolo è il primario:

Nome del proprietario	Titolarità	Tipo di veicolo	Anno	Marca/Modello	Valore	Ammontare dovuto
	Individuale ☐ In comune ☐				\$	\$
	Individuale ☐ In comune ☐				\$	\$
	Individuale ☐ In comune ☐				\$	\$
	Individuale ☐ In comune ☐				\$	\$

Lei e/o il Suo coniuge avete polizze assicurative per l'intera vita con un valore nominale complessivo superiore a \$ 1.500? In caso affermativo, faccia un elenco qui sotto:

Persona assicurata	Nome della compagnia di assicurazione/numero della polizza	Ha bisogno di aiuto per trovare il valore della polizza?	Valore nominale	Valore di riscatto
		Sì ☐ No ☐	\$	\$
		Sì ☐ No ☐	\$	\$

Leggere attentamente prima di firmare

Sono consapevole che:

- Devo riferire immediatamente ogni cambiamento della mia situazione all'agenzia di Medicaid. Resoconti presentati in ritardo possono causare benefit incorretti.
- La mia situazione è soggetta a verifica da parte dell'agenzia di Medicaid o di altre agenzie statali o federali.
- L'agenzia di Medicaid può chiedermi di provare che sono idoneo. Allo scopo l'agenzia di Medicaid può aiutarmi a trovare la prova o a contattare altre persone o agenzie.
- Nel presentare questa domanda autorizzo l'agenzia di stato di Medicaid di contattare da parte mia la compagnia di assicurazione.
- Nel richiedere e ricevere benefit per cure mediche, affido allo stato tutti i diritti relativi al supporto medico e ai pagamenti a terzi per le cure mediche.
- Se sono idoneo per il programma Medicare Savings Program **non** sarò soggetto al recupero di beni per pagare i premi, le franchigie o la coassicurazione di Medicare.

Dopo l'esame della Sua domanda riceverà un avviso di idoneità. Se non è d'accordo con quanto le viene riconosciuto può fare appello. Per ottenere istruzioni sugli appelli specifiche per ciascuna persona della famiglia che fa domanda di copertura, tra cui quanti giorni ha per richiedere un appello, faccia riferimento alla Eligibility Notice (Avviso di idoneità). Seguono alcune importanti informazioni da considerare quando si richiede un appello:

Se desidera può far fare richiesta di appello o far partecipare all'appello un'altra persona. Tale persona può essere un amico, parente, avvocato o un altro individuo. Oppure può richiedere e partecipare all'appello da solo/sola.

Per richiedere un appello chiami il numero 1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-800-XXX-XXXX). Oppure vada al sito [medicaid.state.gov] per trovare i moduli per l'appello. Oppure può scrivere una lettera personale e inviarla o consegnarla a noi presso una State Medicaid Agency, 321 Any Road, Any City, Any State 00100.

Dichiarazione e Firme

Ho letto e compreso le informazioni contenute in questa domanda. Dichiaro, sotto pena di falsa testimonianza, che le informazioni che ho fornito in questa domanda sono veritiere, corrette e complete per quanto ne so.

Firma del richiedente/rappresentante:

Data:

Firma del/della coniuge (se applicabile):

Data:

Nome del rappresentante:

Numero di telefono del
rappresentante:

Relazione con il/la
richiedente:

Indirizzo postale del rappresentante:

Indirizzo di email del rappresentante:

Lei ha il diritto di ricevere informazioni in formato accessibile, ad esempio in caratteri ingranditi, Braille o audio. Ha anche il diritto di fare appello qualora pensi di essere stato discriminato. Per ulteriori informazioni visiti il sito [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o chiami il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti di TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

Opzionale: (Queste informazioni non hanno impatto sull'idoneità.)

SE STESSI: contrassegni tutto ciò che è pertinente

Se di etnia ispana/latina

☐ Messicana ☐ Messicana americana ☐ Cicana ☐ Portoricana ☐ Cubana ☐ Altra _____

Razza

☐ Bianca ☐ Americana Indiana o Nativa dell'Alaska ☐ Filippina ☐ Vietnamita
☐ Guaman o Chamorro ☐ Nera o Americana africana ☐ Indiana asiatica ☐ Giapponese
☐ Altro tipo di asiatico ☐ Samoa ☐ Cinese ☐ Coreana
☐ Nativa hawaiana ☐ Altra delle Isole del Pacifico ☐ Altra _____

Scelga una risposta

Sesso assegnato alla nascita (si trova nel certificato di nascita)

☐ Femminile ☐ Maschile ☐ Altro _____ ☐ Non sicuro ☐ Preferisco non rispondere

Genere attuale:

☐ Femminile ☐ Maschile ☐ Femmina Transgender ☐ Maschio Transgender ☐ Un termine diverso _____
☐ Non sono sicuro ☐ Preferisco non rispondere

Orientamento sessuale:

☐ Bisessuale ☐ Lesbica o gay ☐ Eterosessuale (non lesbica o gay) ☐ Un termine diverso _____
☐ Non sicuro ☐ Preferisco non rispondere

Opzionale: (Queste informazioni non hanno impatto sull'idoneità.)

SPOSO/SPOSA: contrassegni tutto ciò che è pertinente

Se di etnia ispana/latina

☐ Messicana ☐ Messicana americana ☐ Cicana ☐ Portoricana ☐ Cubana ☐ Altra _____

Razza

☐ Bianca ☐ Americana Indiana o Nativa dell'Alaska ☐ Filippina ☐ Vietnamita
☐ Guaman o Chamorro ☐ Nera o Americana africana ☐ Indiana asiatica ☐ Giapponese
☐ Altro tipo di asiatico ☐ Samoa ☐ Cinese ☐ Coreana
☐ Nativa hawaiana ☐ Altra delle Isole del Pacifico ☐ Altra _____

Selezioni una risposta

Sesso assegnato alla nascita (si trova nel certificato di nascita)

☐ Femminile ☐ Maschile ☐ Altro _____ ☐ Non sicuro ☐ Preferisco non rispondere

Genere corrente:

☐ Femminile ☐ Maschile ☐ Femmina Transgender ☐ Maschio Transgender ☐ Un termine diverso _____
☐ Non sono sicuro ☐ Preferisco non rispondere

Orientamento sessuale:

☐ Bisessuale ☐ Lesbica o gay ☐ Eterosessuale (non lesbica o gay) ☐ Un termine diverso _____ ☐ Non sicuro
☐ Preferisco non rispondere