

MODULO DI CONSENSO DESIGNAZIONE DI RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO

New York Medicaid Choice

1-800-505-5678 (Utenti TTY: 1-888-329-1541)



0000000000CF

Completi questo modulo e lo firmi per comunicarci il nominativo della persona che ha scelto come suo Rappresentante autorizzato presso New York Medicaid Choice. Può inviare il modulo compilato tramite fax al numero: 917 2288601 o per posta all'indirizzo: New York Medicaid Choice, PO BOX 5509, New York, NY 10274.

SEZIONE 1: PERSONA CHE NOMINA UN RAPPRESENTANTE. *La preghiamo di scrivere in stampatello.*

Nome della persona (nome e cognome): _____

ID Medicaid: _____ SSN: _____ - _____ - _____

Indirizzo: _____ Città: _____

Stato: _____ CAP: _____ Data di nascita: _____ - _____ - _____

Numero di telefono: (_____) _____ - _____ - _____ Numero di cellulare: (_____) _____ - _____

SEZIONE 2: RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO. *La preghiamo di scrivere in stampatello.*

Nome: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

Numero di telefono: (_____) _____ - _____ - _____ Data: ____ / ____ / _____

Representative's language preference for written materials:

English Spanish Chinese Russian Haitian Creole Korean Italian

Firma del rappresentante: _____

* If the signature is of the legal representative, describe the authority to act in that capacity (e.g., guardianship, committee for an incompetent, power of attorney, health care proxy, etc.), in the space below, or if necessary, attach additional pages.

SEZIONE 3: FIRMA

■ Apponendo la mia firma in calce, autorizzo New York Medicaid Choice a rilasciare informazioni relative alle mie decisioni di iscrizione a/cancellazione da programmi di assistenza gestita alla persona nominata nella **Sezione 2** nelle modalità indicate di seguito: *Spunti tutte le voci appropriate.*
 Medicaid Medicaid-Medicare Informazioni sanitarie /protette

■ Desidero che la corrispondenza di New York Medicaid Choice venga inviata:
 Solo a me A me e al mio rappresentante Solo al mio rappresentante

■ Periodo di tempo per il quale autorizzo il rilascio di informazioni:
Da: ____ / ____ / ____ a: ____ / ____ / ____

■ Sono consapevole del fatto che questa autorizzazione è volontaria. Potrò revocare il mio consenso in qualsiasi momento prima della fine del periodo di validità sopra indicato, dandone comunicazione scritta a New York Medicaid Choice o chiamando il numero **1-800-505-5678**. La revoca del consenso dato a un rappresentante legale verrà verificata.

Sono consapevole del fatto che, se la persona autorizzata a ricevere le informazioni non è un operatore sanitario, le informazioni rilasciate potrebbero non essere più protette dalle norme federali sulla privacy. Sono altresì consapevole del fatto che il Modulo di consenso verrà utilizzato per decisioni relative all'assistenza gestita.

Firma della persona: _____ Data: ____ / ____ / ____