



**Certificato medico per Adulti abili senza persone a carico
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
(Italian)**

Informazioni sul/sulla cliente/paziente

Nome del/della cliente/paziente: _____

Indirizzo: _____

N. caso: _____ Numero di identificazione del cliente (Client Identification Number, CIN): _____ Data di nascita: _____

Autorizzazione del/della cliente/paziente

Autorizzo il rilascio di informazioni mediche e/o della documentazione relativa alla partecipazione a un programma di riabilitazione dall'uso di sostanze al Dipartimento dei servizi sociali (Department of Social Services, DSS). Sono consapevole che queste informazioni saranno trattate in modo confidenziale.

Firma del/della cliente

Data

Professionisti sanitari:

La persona sopra indicata richiede una verifica delle proprie condizioni di salute o della partecipazione al programma. Compili il presente modulo e lo restituisca, firmato e compilato, alla persona in questione. Sono state fornite istruzioni su come restituire il modulo al DSS.

Risponda alle domande che seguono e che ritiene pertinenti. Firmi e dati il presente modulo. Includa la sua professione o posizione nell'organizzazione. *

- 1) Questa persona è in stato di gravidanza? ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto ☐ N/A
Se sì, data presunta del parto: _____ / _____ / _____

- 2) Questa persona sta partecipando a un programma di trattamento, riabilitazione o consulenza sull'uso di sostanze? ☐ Sì ☐ No

Se sì, qual è la data prevista per la fine del programma: _____ / _____ / _____

- 3) Questa persona ha una condizione di salute mentale e/o fisica temporanea o permanente che limita la capacità di lavorare 20 o più ore alla settimana (80 ore mensili)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, indicare il periodo di tempo in cui la persona non sarà in grado di lavorare 20 o più ore alla settimana (80 ore mensili) a causa di questa condizione:

- ☐ meno di 30 giorni ☐ 1-3 mesi ☐ 4-6 mesi
☐ 6-12 mesi ☐ più di 12 mesi o a tempo indeterminato

(Continua alla pagina successiva)

Certificato medico per Adulti abili senza persone a carico
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
Dichiarazione medica (*continua*)

Certifico che le informazioni fornite nella pagina precedente sono vere e accurate.

Nome (in stampatello)

Titolo/Professione *

Indirizzo

Numero di telefono

Firma

____ / ____ / ____
Data di firma del modulo

- ★ Questo modulo può essere firmato da una delle seguenti figure: medico, assistente medico, infermiere professionale, osteopata, psicologo autorizzato o certificato, consulente per l'uso di sostanze, consulente certificato per la salute mentale, assistente sociale clinico indipendente autorizzato, assistente sociale certificato autorizzato e ostetrica certificata. Ai fini della verifica della partecipazione di una persona a un programma di riabilitazione o di consulenza (domanda n. 2), anche il direttore del programma o il consulente della persona possono firmare questa dichiarazione.

(Continua alla pagina successiva)

Professionisti sanitari:

Può aiutare gli adulti con disabilità o patologie a mantenere i benefici del Programma di assistenza alimentare integrativa (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

I benefici SNAP (in precedenza noti come buoni pasto) consentono alle persone a basso reddito di acquistare il cibo di cui hanno bisogno. Molti beneficiari SNAP di età compresa tra i 18 e i 64 anni che non vivono con un minore di età inferiore ai 14 anni nel nucleo familiare SNAP rischiano di perdere i loro benefici SNAP a causa di una regola SNAP nota come limite temporale per ABAWD. Tale regola limita l'idoneità allo SNAP a tre mesi, a meno che la persona non lavori o partecipi a determinate attività lavorative per almeno 20 ore alla settimana.

Con solo pochi minuti del suo tempo, può facilmente aiutare.

Una persona che non può lavorare 20 o più ore alla settimana a causa di un problema di salute fisica o mentale non è considerata un ABAWD.

Domande frequenti:

Qual è la definizione di una persona fisicamente o mentalmente “inabile al lavoro” ai sensi della regola ABAWD?

Essere ritenuti fisicamente o mentalmente inidonei al lavoro è un'esenzione più ampia rispetto all'essere disabili. Una persona è considerata fisicamente o mentalmente inabile al lavoro se ha una malattia, un infortunio o qualche altra limitazione mentale o fisica, temporanea o permanente, che non le consente di lavorare almeno 20 ore alla settimana come richiesto dalle regole federali sul limite temporale ABAWD. Alcuni pazienti hanno condizioni di salute mentale o fisica che impediscono loro di lavorare; altri hanno condizioni che consentono loro di lavorare, ma potrebbero non essere in grado di lavorare a tempo pieno, o anche solo 20 ore alla settimana. Questo standard è molto meno rigoroso dello standard della Previdenza sociale (Social Security) per la disabilità e non richiede una diagnosi specifica.

Come verifico che il mio paziente è “fisicamente o mentalmente inabile al lavoro” in base alla sua condizione?

Compili il modulo di certificato medico ABAWD fronte-retro. Indichi il periodo di tempo previsto della condizione e apponga la sua firma. **Questo modulo può essere firmato da diversi professionisti sanitari** inclusi medico, assistente medico, infermiere professionale, osteopata, psicologo autorizzato o certificato, consulente per l'uso di sostanze, consulente certificato per la salute mentale, assistente sociale clinico indipendente autorizzato, assistente sociale certificato autorizzato e ostetrica certificata. Ai fini della verifica della partecipazione di una persona a un programma di riabilitazione o di consulenza (**Domanda n. 2**), anche il direttore del programma o il consulente della persona possono firmare questa dichiarazione.