

ISTRUZIONI PER IL RINNOVO

- Passo 1 Risponda a tutte le domande del modulo per il rinnovo (MAP-909e). Se le viene chiesto di fornire un documento o un certificato, verifichi in fondo a questa pagina o sul retro quali documenti può presentare.
- Passo 2 La compilazione del **Modulo di sostentamento economico al momento del rinnovo**, a pagina 8 del modulo di **Notifica del rinnovo** (MAP-909e), è necessaria solo se la quota delle spese mensili per la casa supera il 70% del suo reddito lordo mensile.
- Passo 3 Se ha aderito a un piano di assistenza gestito a lungo termine (Managed Long-Term Care), lo contatti se ha bisogno di aiuto nel completare il modulo per il rinnovo.
- Passo 4 Se ha un coniuge che non ha fatto domanda di partecipazione a Medicaid, compili e firmi il modulo MAP-3179a (I) Autorizzazione per la verifica delle risorse (Coniuge legittimo).
- Passo 5 Ci restituisca il **modulo** per il rinnovo e il modulo MAP-3179a (I) Autorizzazione per la verifica delle risorse (Coniuge legittimo) compilati e la documentazione richiesta utilizzando la busta preaffrancata allegata. Risponda prima della data indicata a pagina 1 del modulo per il rinnovo (MAP-909e).
Attenzione: se è sposato/a, **lei e il suo coniuge dovrete** firmare a pagina 7 della Notifica di rinnovo.
- Passo 6 Se non dispone della nostra busta, spedisca il plico a:

MAIL RENEWAL PROGRAM
HRA/MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM
PO BOX 329060
BROOKLYN, NY 11232-9823

ATTENZIONE - Se non segue queste istruzioni, la sua copertura Medicaid potrebbe terminare.

Se ci spedisce per posta i documenti prima della data indicata sul modulo per il rinnovo, potrà continuare a ricevere le prestazioni **senza variazioni** fino a nuova comunicazione.

NOTA:

- Non deve inviarci documenti comprovanti i redditi e le risorse se non esplicitamente richiesti nel modulo. Il reddito che dichiarerà sarà confrontato con i dati in nostro possesso. Se l'esito del confronto con le informazioni che ci ha fornito sarà diverso, saranno utilizzati i dati in nostro possesso per stabilire la sua idoneità. Per essere certi di disporre delle informazioni corrette, può inviarci la documentazione comprovante i redditi e le risorse. Se sceglie di non inviarla adesso, è possibile che le verrà chiesto di presentarla successivamente. La tabella sul retro di questa pagina riporta quali documenti può presentare.
- Se si è appena trasferito/a dalla Città di New York a un'altra contea dello Stato di New York, ma non dispone di una pratica Medicaid aperta dove vive adesso, dovrà compilare e restituirci il modulo per il rinnovo (MAP-909e). La aiuteremo a trasferire la copertura.

DOCUMENTI RIGUARDANTI REDDITI E RISORSE: tutti i documenti riguardanti redditi e risorse devono essere recenti. **Non** inviare documenti in originale, solo le copie.

REDDITI: i tipi comuni di reddito e i documenti validi che lo comprovano sono:

Tipo di reddito	Documentazione	Tipo di reddito	Documentazione
Reddito da lavoro dipendente	Assegni/buste paga correnti ([4] quattro settimane consecutive) o lettera del datore di lavoro	Indennità per infortuni sul lavoro	Lettera di assegnazione o ricevuta di assegno
Reddito da lavoro autonomo	Dichiarazione dei redditi recente firmata e tutti i modelli o registri delle entrate e uscite	Indennità per reduci	Lettera di assegnazione, matrice degli assegni di indennità o corrispondenza con la Veterans Administration
Reddito da affitto/vitto e alloggio	Lettera o assegno dell'inquilino o affittuario	Salario militare	Lettera di assegnazione o ricevuta di assegno
Indennità di malattia da lavoro/assegno di invalidità	Lettera/certificato di assegnazione, matrice degli assegni di indennità o corrispondenza con la fonte di reddito	Interessi/dividendi/ diritti d'autore	Estratto corrente della banca, della cooperativa di credito o dell'istituto finanziario, lettera del broker, lettera dell'agente oppure dichiarazione fiscale o 1099 (se non è disponibile altra documentazione)
Indennità di disoccupazione	Lettera/certificato di assegnazione, estratto mensile delle indennità, corrispondenza con il Dipartimento del lavoro dello Stato di New York, tabulato delle informazioni sul conto del beneficiario dal sito web del Dipartimento (www.labor.state.ny.us) o copia della carta di pagamento diretto con tabulato	Sostegno da altri familiari	Dichiarazione o lettera firmata dal familiare
Rendite/pensioni private	Estratto della pensione/rendita	Reddito da fondi fiduciari	Documento del fondo
Previdenza sociale	Lettera/certificato di assegnazione, estratto annuale dei sussidi o corrispondenza con la Social Security Administration	Assegni di mantenimento minori/alimenti	Lettera di chi fornisce sostegno, lettera del tribunale, assegno di mantenimento/alimenti, copia della NY Eppicard con tabulato, copia delle informazioni sul conto di mantenimento tratte dal sito www.newyorkchildsupport.com o copia dell'estratto conto bancario che dimostra l'accredito diretto

OCCUPAZIONE: se ha aderito al programma Buy-In Medicaid per lavoratori disabili (Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities, MBI-WPD), dovrà esibire un documento comprovante l'impiego. Può inviarci uno tra i seguenti:

Dichiarazione dettagliata scritta del datore di lavoro	Modulo W-2
Cedolino/busta paga corrente	Dichiarazione dei redditi

RISORSE: rientrano nelle risorse il denaro contante, conti correnti e conti di risparmio, certificati di deposito, azioni, bond, fondi fiduciari, sussidi 401K, fondi comuni d'investimento, la titolarità di un'impresa, i patrimoni che lei o qualcuno in famiglia possiede, ecc.

I documenti accettati per comprovare le risorse sono:

Estratti/rendiconti degli istituti finanziari in cui sono tenute	Valutazioni/stime immobiliari
Copie di polizze/certificati	Copie delle cambiali

MEDICARE PARTE C (Piano Medicare Advantage)/Assicurazione sanitaria privata: se riceve la copertura Medicare attraverso un piano Medicare Advantage, potrebbe avere diritto a una detrazione dei costi del premio di polizza dal reddito che calcoliamo per stabilire la sua idoneità attuale/continua. Poiché i premi del piano sono diversi, dovrà fornirci un documento che ne comprovi i costi.

Questa detrazione può essere applicata al suo caso anche se versa una quota per l'assicurazione sanitaria al suo datore di lavoro, al sindacato oppure a un assicuratore terzo.

Può inviarci uno tra i seguenti:

Ricevuta di pagamento	Assegno o vaglia postale annullato
Copia dell'estratto conto bancario che dimostri il pagamento	Corrispondenza con l'assicurazione che conferma la ricevuta di pagamento (e l'importo in dollari) del premio versato
Busta paga con la detrazione applicata del costo/della quota del premio pagato per l'assicurazione sanitaria	

Soffre di una disabilità o di un problema di salute a livello fisico o mentale? Questo problema di salute le impedisce di comprendere questo avviso o di fare ciò che le viene richiesto? Questo problema di salute le impedisce di usufruire di altri servizi dell'Amministrazione delle risorse umane (HRA)? **Possiamo aiutarla.** Ci chiami al numero 888-692-6116. Può anche chiedere aiuto presentandosi di persona presso un ufficio dell'HRA. Ha il diritto di richiedere questo genere di assistenza secondo la legge.

GLI UTENTI CON PROBLEMI DI UDITO DOTATI DI APPARECCHI PER LA TRASMISSIONE DI TESTI (TTY) POSSONO CONTATTARCI CHIAMANDO IL 718-636-7783 OPPURE IL 711