

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DI INVALIDITÀ



MAP-3177 (I) 11/29/2024

Data: _____

Nome caso: _____

Numero caso (se noto): _____

Se Le è stata riconosciuta un'invalidità da parte dell'Ufficio della Previdenza sociale (Social Security Administration, SSA), dell'ente per il Reddito previdenziale integrativo (Supplemental Security Income, SSI) o dell'Assicurazione di invalidità della Previdenza sociale (Social Security Disability Insurance, SSDI), **non** provveda all'inoltro del presente modulo.

Nome: _____	Cognome: _____	Iniziale secondo nome: _____
Indirizzo postale: _____ _____	Data di nascita: _____	Età: _____
Numero di telefono: _____	Numero di previdenza sociale SSN (solo gli ultimi quattro numeri): _____	

Spuntare (✓) le seguenti caselle

Occupato	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ipovedente	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ipoacusico (TTY)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Al richiedente/destinatario serve una deroga Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

In caso **affermativo**, tipo di deroga: _____

Lingua parlata: _____ Lingua scritta: _____

Rappresentante autorizzato (persona che La assiste nella richiesta di riconoscimento di invalidità):

Nome: _____	Cognome: _____	Iniziale secondo nome: _____
Indirizzo postale: _____ _____	Numero di telefono: _____	

Il rappresentante autorizzato può [spuntare (✓) tutte le caselle del caso]:

<input type="checkbox"/> Invio/rinnovo della domanda Medicaid	<input type="checkbox"/> Esame della domanda/caso Medicaid
<input type="checkbox"/> Ricezione posta/corrispondenza	

Firma del richiedente/destinatario: _____	Data: _____
---	-------------

Firma del rappresentante autorizzato: _____	Data: _____
---	-------------