

UFFICIO PER I SERVIZI A MINORI E FAMIGLIE
DEL NEW YORK STATE (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

MODULO DI RICHIESTA

Fondo di credito per l'acquisto di attrezzature per disabili
(scrivere al computer o in stampatello)

☛ Leggere attentamente le istruzioni sul retro di questo modulo. La mancata compilazione delle sezioni appropriate può comportare il rifiuto della richiesta.

SEZIONE I-A

1. La sezione I-A deve essere compilata dalla persona cui spetta la responsabilità finanziaria del prestito e che, pertanto, sarà considerata il richiedente. Selezionare la casella con cui si dichiara specificamente che il richiedente è una delle seguenti figure: A <input type="checkbox"/> Persona disabile B <input type="checkbox"/> Genitore C <input type="checkbox"/> Coniuge D <input type="checkbox"/> Tutore legale E <input type="checkbox"/> Persona che convive con un disabile F <input type="checkbox"/> Altro (Indicare il rapporto di parentela: ad es., figlio, figlia, fratello, ecc.)					
2. Cognome	3. Nome	4. Iniz. 2° nome	5. Data di nascita	6. Numero di previdenza sociale	
7. Indirizzo	8. Telefono abitazione: ()		9. Genere <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	10. Reddito familiare annuo totale (lordo) \$	
11. Città	12. Contea	13. Stato		14. Codice postale	
15. Generalità, indirizzo e numero di telefono del parente più prossimo non convivente					16. Relazione

SEZIONE I-B

La sezione I-B deve essere compilata se sono state selezionate le caselle B, C, D, E o F della sezione I-A precedente. In tal caso, fornire informazioni dettagliate sulla persona disabile. Se è stata selezionata la sola casella A nella sezione I-A precedente, lasciare vuota questa sezione.					
17. Cognome	18. Nome	19. Iniz. 2° nome	20. Data di nascita	21. Numero di previdenza sociale	
22. Indirizzo	23. Genere <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		24. Reddito annuo della persona disabile: (lordo) \$		
25. Città	26. Contea	27. Stato		28. Codice postale	

SEZIONE II

29. Descrizione e tipo di disabilità:
30. Descrizione della barriera da superare:
31. In quale modo l'ausilio proposto per l'acquisto consentirà il superamento di tale barriera?

SEZIONE III

Questa sezione deve essere compilata dal fornitore delle attrezzature

32. Descrizione del fornitore/Preventivo (scrivere al computer o in stampatello)		
Marca	N. modello	Costo (tasse incluse) \$
Tipo di attrezzatura		
33. Nome del fornitore	34. Indirizzo	
35. Città	36. Stato	37. Codice postale
39. Firma del fornitore:		38. Numero di telefono ()
		40. Data

SEZIONE IV

Questa sezione deve essere compilata dal medico

41. Certificazione del medico (scrivere al computer o in stampatello) Certifico che _____ è affetto/a da disabilità così come definito nella sezione 292 della <i>New York State Executive Law</i> . (vedere la sezione IV sul retro)				
42. Diagnosi, descrizione della disabilità e limitazioni funzionali: _____				
43. In che modo l'ausilio proposto per l'acquisto può assistere il/la paziente: _____				
44. Nome del medico		45. Numero di licenza		
46. Indirizzo	47. Città	48. Stato	49. Codice postale	50. Numero di telefono ()
51. Firma del medico			52. Data	

SEZIONE V

53. Importo del finanziamento: (<u>Nota</u> : l'importo del finanziamento richiesto non dovrà essere inferiore a 500 \$ né superiore a 4.000 \$. Vedere la sezione V sul retro.) Importo del finanziamento richiesto \$

SEZIONE VI

54. Certificazione del richiedente: Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci previste dalle leggi degli Stati Uniti d'America e del New York State, certifico che, per quanto di mia conoscenza, le informazioni contenute in questa richiesta sono veritiere e corrette, che è stato eseguito ogni tentativo di ottenere l'attrezzatura descritta attraverso altre forme di assistenza (vedere la sezione VI sul retro) e che la persona disabile identificata in alto non risulta aver diritto a tale assistenza né può ottenerla. Vi autorizzo a discutere la mia richiesta con le parti negoziali e con i fornitori delle attrezzature richieste, se necessario, e a utilizzare le informazioni per facilitare la ricerca statistica e le attività di verifica necessarie per assicurare l'integrità e il miglioramento del programma. L'Ufficio per i servizi a minori e famiglie del New York State ha il diritto di richiedere la verifica dell'inabilità del richiedente ad ottenere i finanziamenti da altre fonti.	
55. Firma del richiedente X	56. Data

Conservare una copia della richiesta per riferimento. Spedire il documento originale al seguente indirizzo:

Equipment Loan Fund for the Disabled
NYS Office of Children and Family Services
Commission for the Blind
52 Washington Street, South Building, Room 201
Rensselaer, N.Y. 12144

Riservato all'OCFS:

Data di ricezione _____

Data di approvazione _____

Data di rifiuto _____

ISTRUZIONI

Introduzione

Il Fondo di credito per l'acquisto di attrezzature per disabili (Equipment Loan Fund for the Disabled) è un programma che offre prestiti a interessi contenuti per l'acquisto di attrezzature essenziali necessarie per consentire ai disabili di superare le barriere nella vita quotidiana o per il ripristino funzionale a seguito di terapia riabilitativa ad opera di personale professionale. Le richieste di finanziamento possono essere presentate per importi compresi tra 500 \$ e 4000 \$. Il fondo è stato istituito per aiutare i residenti disabili del New York State aventi diritto a ottenere le attrezzature essenziali che altrimenti non potrebbero permettersi. L'importo del finanziamento viene messo direttamente a disposizione della persona disabile o del suo genitore, coniuge, tutore legale o parente convivente, oppure di un altro soggetto pertinente.

Per attrezzature essenziali si intendono le attrezzature in grado di assistere il disabile nel superamento delle barriere nella vita quotidiana legate alla propria condizione, oppure nel ripristino funzionale a seguito di terapia riabilitativa ad opera di personale professionale. Di seguito alcuni esempi di attrezzature che rientrano in questa categoria: protesi ortopediche, rampe, sedie a rotelle, sollevatori di sedie a rotelle per auto, dispositivi di telecomunicazione per sordi e ipoudenti e dispositivi di supporto alla lettura di materiale stampato per ciechi e ipovedenti. (questo elenco non è esaustivo; anche altri tipi di attrezzature possono essere ritenuti idonei nell'ambito di questo programma).

Un disabile è una persona che è stata riconosciuta come tale da un medico o psicologo qualificato del New York State.

Istruzioni generali

Le sezioni I-A, II, V e VI devono essere compilate dal richiedente. Compilare anche la sezione I-B con le informazioni sul disabile se questo non è il richiedente identificato nella sezione I-A.

La sezione III deve essere compilata dal fornitore delle attrezzature.

La sezione IV deve essere compilata da un medico o psicologo qualificato del New York State.

NOTA: LE RICHIESTE CONTENENTI INFORMAZIONI INSUFFICIENTI A DETERMINARE L'IDONEITÀ DEL RICHIEDENTE O DA CUI RISULTA LA MANCATA IDONEITÀ DEL RICHIEDENTE SARANNO RIFIutate DAL RESPONSABILE DEL PROGRAMMA E CORREDATE DI UNA DESCRIZIONE IN CUI VERRÀ INDICATO IL MOTIVO DEL RIFIUTO.

Istruzioni specifiche per sezione

I-A La sezione I-A deve essere compilata dalla persona finanziariamente responsabile dell'erogazione delle rate mensili. Questa persona può essere il disabile oppure il suo genitore, coniuge, tutore legale o parente convivente, oppure un altro soggetto pertinente. Se il rapporto di parentela del richiedente con il disabile non è descritto da nessuna delle categorie nelle caselle da B a E, selezionare la casella F e indicare il tipo di rapporto (se il disabile è minorenni, la richiesta dovrà essere compilata da un genitore o dal tutore legale, che diventerà pertanto il richiedente).

Nella casella (6) è necessario inserire il numero di previdenza sociale del richiedente. Questa informazione permetterà all'ufficio di evadere la richiesta e sarà utilizzata anche nel caso in cui fosse necessario recuperare gli importi dovuti. L'indicazione del numero di previdenza sociale non è tuttavia obbligatoria per l'accettazione della richiesta.

Nella casella (8) è necessario inserire il numero di telefono dell'abitazione del richiedente o un altro numero di telefono presso il quale può essere contattato. Se il richiedente non dispone di un recapito telefonico, scrivere "none" (non disponibile).

I-B Compilare la sezione I-B con le informazioni sul disabile se questo non è il richiedente identificato nella sezione I-A. Se il disabile è anche il richiedente, lasciare vuota questa sezione.

Nella casella (21) è necessario inserire il numero di previdenza sociale del disabile. Se il disabile non dispone di un numero di previdenza sociale, scrivere "none" (non disponibile).

Nelle caselle (23-28), se l'indirizzo del disabile è lo stesso del richiedente indicato nella sezione I-A, scrivere "same" (stesso indirizzo) nella casella (23).

II La sezione II deve essere compilata dal richiedente, che dovrà fornire risposte specifiche a ciascuna delle tre domande riguardanti la disabilità. Se lo spazio fosse insufficiente, allegare un altro foglio.

III La sezione III deve essere compilata e firmata dal fornitore che venderà le attrezzature al richiedente. Il fornitore dovrà essere una ditta o una società che opera nel New York State. È necessario indicare le seguenti informazioni:

- Nome generico del prodotto e/o marca
- Descrizione, se le informazioni fornite dal nome generico o dalla marca fossero inadeguate
- Numero di modello, se applicabile
- Costo (comprensivo di imposta sulle vendite)

È possibile allegare anche gli opuscoli del prodotto, se disponibili.

IV La sezione IV deve essere compilata e firmata da un medico o psicologo qualificato ad esercitare nel New York State che certifica la disabilità del soggetto. Secondo la sezione 292 della *New York State Executive Law*, con il termine "disabilità" si identifica una menomazione fisica, mentale o sanitaria derivante da condizioni anatomiche, fisiologiche o neurologiche che impediscono l'esercizio di una normale funzionalità corporea e che possono essere dimostrate da tecniche diagnostiche cliniche o di laboratorio accettate da un punto di vista medico.

V La sezione V deve essere compilata dal richiedente. Le erogazioni possono essere per importi in dollari compresi tra un minimo di 500 \$ e un massimo di 4.000 \$. Ad esempio, se l'attrezzatura costasse 4.600 \$, l'importo del finanziamento sarebbe di 4.000 \$, mentre i rimanenti 600 \$ sarebbero a carico delle risorse finanziarie personali del richiedente.

VI La sezione VI deve essere compilata dal richiedente, apponendo la propria firma e la data. La certificazione del richiedente comprende una dichiarazione del tentativo di ottenere le attrezzature descritte attraverso altre forme di assistenza, ad esempio altre fonti di credito, programmi federali e statali di assistenza pubblica e riabilitazione professionale e programmi di assistenza privati.