



# Ascension Crittenton Hospital

## POLITICA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

### DATI DEL PAZIENTE (IN STAMPATELLO)

DATI DEL PAZIENTE (IN STAMPATELLO)					N. conto	
Nome del paziente:	Data di nascita	Stato civile	Sesso		N. di telefono	
Indirizzo:	Città	Stato	CAP		Indirizzo e-mail	
Numero previdenza sociale:	Datore di lavoro	Tempo pieno Part time			N. ore/settimana	
Indirizzo datore di lavoro:	Città	Stato	CAP		N. di telefono	

### DATI DEL SOGGETTO RESPONSABILE

Nome	Data di nascita	Stato civile	Sesso		N. di telefono
Indirizzo		Stato	CAP		Indirizzo e-mail
Numero previdenza sociale	Datore di lavoro	Tempo pieno Part time			N. ore/settimana
Indirizzo datore di lavoro	Città	Stato	CAP		N. di telefono

### DATI DEL CONIUGE DEL SOGGETTO RESPONSABILE

Nome del coniuge	Numero previdenza sociale			Data di nascita
Datore di lavoro coniuge:	Indirizzo:	Città	Stato CAP	N. di telefono

### SOGGETTI A CARICO:

Nome	Età	Relazione	Nome	Età	Relazione

REDDITO MENSILE LORDO			SPESE MENSILI ORDINARIE	Pagamento	Saldo
Reddito da lavoro del richiedente			Mutuo/affitto		
Reddito coniuge del richiedente			Elettricità		
Prestazioni previdenziali			Riscaldamento		
Reddito da pensione			Telefono		
Indennità di disoccupazione			Acqua		
Indennità per infortunio			Generi alimentari		
Reddito da interessi/dividendi			TV via cavo		
Alimenti figli			Rata auto		
Alimenti coniuge			Cellulare		
Reddito da affitto immobiliare			Assistenza diurna		
Buoni alimentari "Food stamps"			Alimenti figli/coniuge		
Altro			Farmaci su prescrizione		
Altro			<b>Carte di credito:</b>		
<b>TOTALE REDDITO LORDO:</b>		<b>\$0</b>	1.		
			2.		
			3.		
<b>BENI</b>			<b>Altro medico /</b>		
Denaro contante			<b>Fatture ospedaliere:</b>		
Conto di risparmio					
Conto corrente					
Certificati di deposito					
Titoli					
Assicurazione sulla vita					
Altri beni immobiliari					
Altro			<b>Spese assicurative:</b>		
			1. Autovettura		
<b>Marca/modello veicolo:</b>	<b>Anno</b>	<b>Valore</b>	2. Beni di proprietà		
			3. Sanitaria / vita		
			<b>Altri prestiti:</b>		
			1.		
			2.		
<b>Rendite finanziarie:</b>			<b>Altri pagamenti mensili:</b>		
Assicurazione sulla vita			cobra		
Eredità			assicurazione sulla vita		
Altro			3.		
<b>VALORE TOT. PATRIMONIO:</b>		<b>\$0</b>	<b>SPESE MENSILI TOTALI:</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

COMMENTI:

Con la presente dichiaro che i dati di cui sopra sono corretti e completi in base alle informazioni in mio possesso. Con la presente autorizzo l'ospedale a richiedere informazioni presso agenzie esterne di fornitura di dati finanziari nel caso in cui lo stesso lo ritenga necessario.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma del paziente, del coniuge, del garante o del rappresentante legale