



Ascension

[Date]

Gentile paziente/richiedente,

Ascension fonda il proprio operato sulla compassione e si impegna a fornire cure personalizzate a tutte le persone, in particolare a chi ha più bisogno. Offrire assistenza finanziaria ai pazienti è per noi una missione e un privilegio. Tale assistenza finanziaria è disponibile solo in caso di emergenza e di prestazioni sanitarie necessarie. La ringraziamo per aver scelto di affidare a noi il compito di soddisfare le sue esigenze sanitarie e quelle della sua famiglia.

Avendo ricevuto la sua richiesta, le inviamo questa lettera e la domanda di assistenza finanziaria in allegato. Qualora non ne avesse fatto richiesta, la preghiamo di non tenerne conto. Altrimenti, compili entrambi i lati del modulo, aggiungendo la sua firma e la data prima di inviarlo. Le chiediamo di avvisarci qualora negli ultimi sei mesi abbia presentato una domanda per la quale è stata approvata l'assistenza finanziaria, poiché potrebbe non essere necessario inviarne un'altra. Al contrario, non possiamo tenere in considerazione una domanda presentata da più di sei mesi.

Inoltre, deve fornire documenti che attestino i suoi redditi familiari e tutti i beni di proprietà di ciascun membro della sua famiglia.

Alcuni esempi di giustificativi dei redditi e dei beni di proprietà:

- copie delle ultime tre buste paga ricevute dal datore di lavoro;
- copia dell'ultima dichiarazione dei redditi (i lavoratori autonomi devono allegare tutti i prospetti contabili);
- documentazione relativa al proprio ente previdenziale e/o che attesti la concessione di una pensione di anzianità;
- copia dell'ultima dichiarazione dei redditi di un genitore o un tutore, nel caso in cui la persona richiedente ne sia fiscalmente a carico e abbia meno di 25 anni;
- copia del ricevimento di prestazioni di disoccupazione;
- approvazione/rifiuto dell'idoneità al ricevimento di forme di assistenza medica pubblica o privata;
- altri documenti giustificativi dei redditi.

Alcuni esempi di giustificativi dei beni di proprietà:

- estratti conto bancari (conti correnti e di risparmio) relativi agli ultimi tre mesi;
- investimenti, comprese azioni e obbligazioni;
- fondi fiduciari;
- conti del mercato monetario;
- fondi comuni.

Se riceve assistenza o convive con familiari o amici, chieda loro di compilare il modulo in allegato dal titolo "Lettera di sostegno". Ciò non implica che siano responsabili delle sue spese mediche, piuttosto contribuisce a dimostrare che lei è in grado di far fronte al suo sostentamento. Se non riceve assistenza da familiari e amici, non deve compilare questo modulo.

Infine, possiamo inserire le sue spese mediche in sospeso tra i requisiti da soddisfare per ricevere

assistenza finanziaria. Se desidera che vengano prese in considerazione, fornisca dei documenti che attestino le sue spese mensili per cure mediche e farmaci, come fatture in corso ed estratti conto. **Le ricordiamo che la richiesta può essere presa in considerazione solo nel caso in cui siano presenti: 1) la domanda compilata, 2) i giustificativi dei redditi, 3) le attestazioni dei beni di proprietà e 4) le eventuali spese mediche in sospeso. Non possiamo elaborare o tenere in considerazione domande non complete.**

Nell'invviare la domanda tenga presente che le comunicazioni via e-mail o su internet non sono sicure. Seppure improbabile, è possibile che le informazioni contenute in un'e-mail vengano intercettate e lette da altre parti oltre alla persona cui l'email è indirizzata. Desideriamo proteggere le sue informazioni personali e assicurarci che rimangano al sicuro. Poiché la domanda contiene il suo codice fiscale e altre informazioni private, la invitiamo a non inviarla via e-mail.

Le chiediamo di stampare e spedire o di consegnare a mano la domanda compilata e i documenti giustificativi al seguente indirizzo:

Facility/Office where service were/will be provided	Mail Completed Applications to:
Ascension Providence Rochester Hospital	1101 West University Rd., Rochester, MI 48307
Ascension Medical Group-Physician Services	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240

Siamo a sua disposizione e vogliamo assicurarci che i pazienti idonei ricevano l'assistenza sanitaria. Se ha delle domande su questa richiesta, sui documenti giustificativi necessari o sul modo migliore per inviarla, chiami uno dei nostri Rappresentanti per i pazienti al numero 877-348-7072.

Distinti saluti,

Servizi finanziari per i pazienti di
Ascension

Modulo per la domanda di assistenza finanziaria



Ascension

Informazioni sul paziente

(Si prega di stampare; tutti i campi devono essere compilati. Indicare N/D se non applicabile a nessuna riga della domanda)

Data _____ Numero di conto _____ Nome dell'ospedale _____

Nome (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Stato civile _____ Numero di telefono _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Numero di previdenza sociale (facoltativo) _____

Datore di lavoro _____ Stato occupazionale _____

Numero di ore lavorate a settimana _____ Numero di telefono del datore di lavoro _____

Dati del soggetto responsabile/informazioni del tutore legale

(Se il paziente indicato sopra è il soggetto responsabile, lasciare questa sezione vuota.)

Nome (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Stato civile _____ Numero di telefono _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Numero di previdenza sociale (facoltativo) _____

Datore di lavoro _____ Stato occupazionale _____

Numero di ore lavorate a settimana _____ Numero di telefono del datore di lavoro _____

DATI DEL CONIUGE DEL SOGGETTO RESPONSABILE

(Se il paziente è il soggetto responsabile, compilare con le informazioni del coniuge del paziente.)

Nome (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Stato civile _____ Numero di telefono _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Numero di previdenza sociale (facoltativo) _____

Datore di lavoro _____ Stato occupazionale _____

Numero di ore lavorate a settimana _____ Numero di telefono del datore di lavoro _____

Persone a carico del soggetto responsabile

(Se il paziente è il soggetto responsabile, compilare con le informazioni del coniuge del paziente.)

Nome _____ Data di nascita _____ Legame con il soggetto responsabile _____

Nome _____ Data di nascita _____ Legame con il soggetto responsabile _____

Nome _____ Data di nascita _____ Legame con il soggetto responsabile _____

Nome _____ Data di nascita _____ Legame con il soggetto responsabile _____

Numero di adulti e bambini che vivono nel nucleo familiare _____

Reddito mensile

(Indicare l'importo in dollari per ciascuna voce indicata di seguito. Fornire l'importo mensile per ciascun elemento.)

Reddito operativo del richiedente _____	Mantenimento per minori ricevuto _____
Reddito del coniuge del richiedente _____	Alimenti ricevuti _____
Prestazioni previdenziali _____	Reddito da proprietà in affitto _____
Reddito da pensione _____	Buoni alimentari _____
Reddito per disabilità _____	Ricezione distribuzione fondo fiduciario _____
Indennità di disoccupazione _____	Altro reddito _____
Indennizzi per infortuni sul lavoro _____	Altro reddito _____
Reddito da interessi/dividendi _____	Altro reddito mensile lordo totale in dollari _____

SPESE MENSILI ORDINARIE

Mutuo/affitto _____	Mantenimento figli/alimenti _____
Utenze _____	Carte di credito _____
Telefono (linea fissa) _____	Spese mediche/ospedaliere _____
Cellulare _____	Assicurazione auto _____
Spesa/alimenti _____	Assicurazione abitazione/proprietà _____
TV via cavo/internet/TV satellitare _____	Assicurazione medica/sanitaria _____
Rata dell'auto _____	Assicurazione sulla vita _____
Servizi per l'infanzia _____	Altra spesa mensile _____
	Spese mensili totali in dollari _____

BENI

Denaro/risparmi/conti correnti _____
Azioni/obbligazioni/investimenti/certificati di deposito _____
Altri immobili/residenze secondarie _____
Barca/camper/moto/roulotte _____
Automobili da collezione/automobili non essenziali _____
Altri beni _____

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

Firma del richiedente _____

Data _____

Commenti _____



Ascension

Lettera di supporto

Numero di cartella clinica del paziente/numero di conto _____

Nome del sostenitore _____

Legame con il paziente/richiedente _____

Indirizzo del sostenitore _____

Ad Ascension:

La presente lettera è per informare che (nome del paziente) _____ riceve un reddito ridotto o inesistente e che il sottoscritto lo assiste nelle spese di sostentamento. Egli non detiene nessun obbligo nei miei confronti.

Firmando questa dichiarazione, dichiaro che le informazioni fornite sono vere in base ai dati in mio possesso.

Firma del sostenitore _____

Data _____