

Modulo di richiesta di assistenza finanziaria



Ascension

Modulo secondario – Wisconsin Avenue Family Practice/St Joseph's Women's Outpatient Center

Informazioni sul/sulla paziente

(da stampare; compili tutti i campi e indichi N/A per ogni singola riga della domanda che non è applicabile al suo caso)

Data _____ Numero di conto _____

Nome (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Numero di telefono _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Datore/trice di lavoro _____ Stato di occupazione _____

Numero di ore lavorate a settimana _____ Numero di telefono del/della datore/trice di lavoro _____

Dati del soggetto responsabile/informazioni del/della tutore/trice legale

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

Nome (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Numero di telefono _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Datore/trice di lavoro _____ Stato di occupazione _____

Numero di ore lavorate a settimana _____ Numero di telefono del/della datore/trice di lavoro _____

Persone a carico del soggetto responsabile

(se il/la paziente è il soggetto responsabile, inserire le informazioni del/della coniuge del/della paziente.)

Nome e cognome _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela con il/la responsabile _____

Nome e cognome _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela con il/la responsabile _____

Nome e cognome _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela con il/la responsabile _____

Nome e cognome _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela con il/la responsabile _____

Numero di adulti e bambini che vivono in famiglia _____

Reddito mensile

(specifichi un importo in dollari per ciascuna voce indicata di seguito; riporti l'importo mensile per ciascun elemento.)

Reddito da lavoro del/della richiedente _____
Reddito del/della coniuge del/della richiedente _____
Prestazioni di sicurezza sociale _____
Reddito da pensione _____
Reddito di invalidità _____
Indennità di disoccupazione _____
Indennità di disoccupazione _____
Redditi da interessi/dividendi _____

Sussidio per i figli ricevuto _____
Reddito da affitti _____
Buoni spesa _____
Entrate ricevute da fondi fiduciari _____
Altri redditi _____
Altre entrate _____
Reddito lordo mensile totale \$ _____

Spese mensili ordinarie

Mutuo/affitto _____
Utenze _____
Telefono (fisso) _____
Telefono cellulare _____
Generi alimentari _____
TV via cavo/internet/satellite _____
Pagamento auto _____
Cura dei figli _____

Sostegno ai figli _____
Carte di credito _____
Fatture di medici/ospedali _____
Assicurazione auto/moto _____
Assicurazione casa/proprietà _____
Assicurazione medica/sanitaria _____
Assicurazione sulla vita _____
Altre spese mensili _____
Totale spese mensili \$ _____

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/della richiedente _____

Data _____

Commenti _____



Ascension

Gentile Paziente/Richiedente,

Ascension è guidata dalla compassione e si dedica a fornire un'assistenza personalizzata a tutti, soprattutto a coloro che ne hanno più bisogno. Offrire assistenza finanziaria ai pazienti è la nostra missione oltre che un privilegio. L'assistenza finanziaria è disponibile per le cure di emergenza e altre cure mediche necessarie. Grazie per averci affidato la sua cura e quella della sua famiglia per tutte le esigenze sanitarie.

Le stiamo inviando questa lettera e il modulo di richiesta di assistenza finanziaria allegata dietro sua richiesta. Se non ha inviato alcuna richiesta, la preghiamo di ignorare questa comunicazione. Completate la richiesta su entrambi i lati, ricordando di firmarla e datarla, prima di restituirla. Se ha compilato una domanda negli ultimi sei mesi e ha ricevuto l'approvazione per l'assistenza finanziaria, è pregato/a di informarci - potrebbe non essere necessario compilare una nuova domanda. Purtroppo non possiamo fare affidamento su una domanda precedente che risale a più di sei mesi fa.

Insieme alla domanda, dovrà fornire una verifica del reddito del suo nucleo familiare.

Esempi di prove di reddito:

- Copie delle ultime 3 buste paga del/della datore/trice di lavoro
- Copie dell'ultima dichiarazione dei redditi annuale (per i/le lavoratori/trici autonomi/e, includere tutti gli allegati)
- Lettera di indennizzo da parte dell'istituto di previdenza e/o pensionistico
- L'ultima dichiarazione dei redditi annuale del/della genitore/trice o del/della tutore/trice, se il/la richiedente è a carico e ha meno di 25 anni
- Copia delle ricevute dell'indennità di disoccupazione
- Altri documenti di convalida del reddito

Se riceve assistenza o vive in un'abitazione con familiari o amici, li invitiamo a compilare il modulo allegato denominato "Lettera di sostegno". Tale dichiarazione non li renderà responsabili delle sue spese mediche. Ci servirà a stabilire in che misura lei è in grado di sostenersi economicamente. Se non riceve assistenza da parenti e amici, non dovrà compilare il modulo Lettera di sostegno.

Infine, potremmo prendere in considerazione le fatture mediche in sospeso per qualificarla all'assistenza finanziaria. Se desidera prendere in considerazione questa possibilità, la preghiamo di fornire anche la documentazione delle spese mediche e farmaceutiche mensili non ancora sostenute, come fatture correnti o estratti conto. **Per poter prendere in considerazione la domanda, è necessario ricevere 1) la domanda compilata, 2) la prova del reddito e 3) le fatture mediche in sospeso (se applicabili). Non possiamo elaborare o prendere in considerazione domande incomplete.**

Quando invia la sua candidatura, tenga presente che le comunicazioni via e-mail su Internet non sono sicure. Sebbene sia improbabile, esiste la possibilità che le informazioni inserite in un messaggio di posta elettronica vengano intercettate e lette da altri soggetti oltre alla persona a cui sono indirizzate. Desideriamo proteggere i suoi dati personali, garantendone la sicurezza. Poiché

la domanda contiene il numero di previdenza sociale e altre informazioni private, la invitiamo a non inviarla via e-mail.

La preghiamo di stampare e spedire o consegnare a mano la domanda compilata e la documentazione di supporto al seguente indirizzo:

Ascension Wisconsin
PO Box 860496
Minneapolis, MN 55486-0496

Siamo qui per aiutarla e vogliamo assicurarci che i pazienti che hanno i requisiti per ricevere assistenza finanziaria la ricevano. In caso di domande su questa domanda, sui documenti di supporto richiesti o sul modo migliore per far pervenire la domanda, la preghiamo di chiamare uno dei nostri rappresentanti dei pazienti al numero 877-304-6332.

Cordiali saluti,

Patient Financial Services
Ascension