

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 _____
Reddito del coniuge del richiedente _____
Prestazioni previdenziali _____
Reddito da pensione _____
Reddito per disabilità _____
Indennità di disoccupazione _____
Indennizzi per infortuni sul lavoro _____
Reddito da interessi/dividendi _____

Mantenimento per minori ricevuto _____
Alimenti ricevuti _____
Reddito da proprietà in affitto _____
Buoni alimentari _____
Ricezione distribuzione fondo fiduciario _____
Altro reddito _____
Altro reddito _____
Altro reddito mensile lordo totale in dollari _____

SPESE MENSILI ORDINARIE

Mutuo/affitto _____
Utenze _____
Telefono (linea fissa) _____
Cellulare _____
Spesa/alimenti _____
TV via cavo/internet/TV satellitare _____
Rata dell'auto _____
Servizi per l'infanzia _____

Mantenimento figli/alimenti _____
Carte di credito _____
Spese mediche/ospedaliere _____
Assicurazione auto _____
Assicurazione abitazione/proprietà _____
Assicurazione medica/sanitaria _____
Assicurazione sulla vita _____
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 _____



Ascension

DOCUMENTAZIONE E CERTIFICAZIONE RICHIESTA

Insieme alla domanda, si prega di fornire una copia di almeno uno dei seguenti elementi come prova del reddito. Se Lei è coniugato o se ha vissuto con un partner per 6 mesi o più, sarà necessario fornire una copia di almeno uno dei seguenti elementi come prova del reddito prima che la domanda possa essere elaborata.

- Copie delle ultime 3 buste paga del datore di lavoro
- Copie dell'ultima dichiarazione dei redditi annuale (per i lavoratori autonomi, includere tutti gli allegati)
- Lettera di indennizzo da parte dell'istituto di previdenza e/o pensionistico
- Ultima dichiarazione dei redditi annuale del genitore o del tutore, se il richiedente è una persona a carico indicata nel modulo fiscale e ha un'età inferiore a 25 anni
- Altri documenti di convalida del reddito
- Copie degli estratti conto degli ultimi 3 mesi
- Copia delle ricevute dell'indennità di disoccupazione

Se si riceve assistenza o si vive in un'abitazione con familiari o amici, far sì che questi ultimi compilino il modulo allegato denominato "Lettera di supporto". Quest'operazione non li renderà responsabili delle Sue spese mediche, ma dimostrerà in che misura Lei è in grado affrontare le spese di sostentamento. Se non riceve assistenza da familiari e amici, non deve compilare il modulo della Lettera di supporto.

Infine, fornisca come prova la documentazione delle spese mediche e per farmaci rilevanti mensili.

Si noti che la domanda compilata e la prova del reddito devono essere ricevuti affinché la domanda venga presa in considerazione. Non possiamo elaborare o prendere in considerazione domande non complete.

Si tenga a mente che le comunicazioni via e-mail su internet non sono sicure. Sebbene poco probabile, esiste la possibilità che le informazioni inviate in un'e-mail vengano intercettate e lette da altre parti oltre al destinatario.

Desideriamo proteggere le Sue informazioni personali e garantirne la sicurezza. Dal momento che la domanda include il Suo numero di previdenza sociale e altre informazioni personali, La invitiamo a non inviarle tramite e-mail.

La preghiamo di stampare e inviare per posta o consegnare a mano la domanda completa al seguente indirizzo:

Ascension Providence Rochester Hospital
1101 West University Rd., Rochester, MI

In caso di richieste relative alla domanda, contattare uno dei nostri rappresentanti dei pazienti al numero (248) 652-5334.