

Programma di assistenza finanziaria ospedaliera

La ringraziamo per aver scelto il Saint Agnes Hospital per le sue esigenze sanitarie.

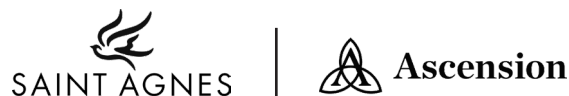
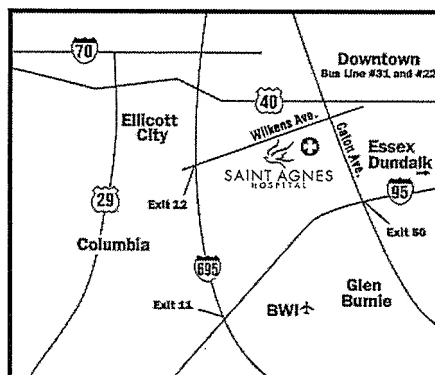
Ha indicato di voler presentare una domanda per il nostro programma di assistenza finanziaria ospedaliera. Per essere preso/a in considerazione, dovrà inviare i documenti necessari al nostro ufficio:

- Domanda completata
- Anni precedenti, dichiarazione dei redditi
- Giustificativo del reddito attuale o, se disoccupato/a, giustificativo dei compensi da lavoro dipendente o lettera di garanzia
- Certificato dei carichi pendenti
- Una copia dell'estratto conto e/o dei libretti di risparmio
- Copia di eventuali fatture sanitarie non pagate

Al completamento del processo di valutazione, riceverà la notifica della percentuale di indennità, se del caso, da applicare alle sue pendenze.

Se non riceveremo le informazioni necessarie richieste entro 15 giorni, seguiremo le nostre normali prassi di recupero crediti. In caso di domande o dubbi, la preghiamo di contattare un rappresentante account pazienti al numero 667-234-2175.

La ringraziamo per aver scelto il Saint Agnes Hospital per le sue esigenze sanitarie!



PO Box 412315
Boston, MA 02241
667-234-2175
TTY: 667-234-2001
www.TeamSaintAgnes.com



SERVIZI FINANZIARI PER I PAZIENTI

Domanda di assistenza finanziaria unica dello Stato del Maryland

Domanda di assistenza finanziaria unica dello Stato del Maryland

Informazioni personali

Nome: _____

Primo

Secondo

Cognome

Numero di previdenza sociale: _____

Data di nascita: _____

Stato civile: Single Coniugato/a Separato/a

Cittadino statunitense: Sì No

Residenza permanente: Sì No

Indirizzo di residenza: _____

Città

Stato

CAP

Paese

Telefono

Nome datore di lavoro: _____

Indirizzo luogo di lavoro: _____

Città

Stato

CAP

Membri della famiglia:

Nome

Età

Parentela

Nome

Età

Parentela

Nome

Età

Parentela

Nome

Età

Parentela

Nome

Età

Parentela

Nome

Età

Parentela

Nome

Età

Parentela

Nome

Età

Parentela

Nome

Età

Parentela

Ha presentato una domanda per l'assistenza sanitaria?

Sì

No

Se sì, in che data l'ha presentata? _____

Se sì, per quale motivo? _____

Riceve qualche tipo di assistenza statale o nazionale?

Sì

No

I. Reddito familiare

Importo mensile

Occupazione _____

Indennità di natura previdenziale _____

Indennità di previdenza sociale _____

Indennità di assistenza pubblica _____

Indennità di disabilità _____

Indennità di disoccupazione _____

Indennità per veterani _____

Alimenti _____

Reddito da immobili in affitto _____

Indennità di sciopero _____

Assegno militare _____

Occupazione autonoma _____

o agricola _____

Altre fonti di reddito _____

Totale

II. Liquidità

Conto corrente _____

Conto deposito _____

Azioni, obbligazioni, CD _____

o mercato monetario _____

Altri conti _____

Totale

III. Altre risorse

Se dispone di uno dei seguenti beni, elenchi il tipo e il valore approssimativo.

Casa: Saldo del mutuo: _____ Valore: _____

Automobile: Marca: _____ Anno: _____ Valore: _____

Automobile: Marca: _____ Anno: _____ Valore: _____

III. Altre risorse

Automobile: Marca: _____ Anno: _____ Valore: _____

Altra proprietà: _____

Totale

IV. Spese mensili

Importo mensile

Affitto o mutuo _____

Servizi _____

Pagamento(i) macchina _____

Carta(e) di credito _____

Assicurazione macchina _____

Altre spese sanitarie _____

Altre spese _____

Totale

Ha altre fatture sanitarie non pagate?

Sì

No

Se sì, importo _____

Per quale servizio? _____

Se ha un piano di pagamento, qual è l'importo mensile? _____

Se richiede l'estensione dell'assistenza finanziaria aggiuntiva da parte dell'ospedale, quest'ultimo può richiedere ulteriori informazioni al fine di realizzare un calcolo integrativo. Firmando questo modulo, certifica che le informazioni fornite sono veritiere e accetta di comunicare all'ospedale eventuali modifiche alle informazioni fornite entro dieci giorni dalla modifica.

Firma candidato/a

Rapporto col paziente

Data