

**DOMANDA DI ASSISTENZA FINANZIARIA**

DATA DEL SERVIZIO: \_\_\_\_\_ NOME DELL'OSPEDALE: \_\_\_\_\_ NUMERO DI CONTO: \_\_\_\_\_

NOME DEL PAZIENTE O RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ STATO: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ NUMERO DI TELEFONO DELL'ABITAZIONE: \_\_\_\_\_ NUMERO DI CELLULARE: \_\_\_\_\_

NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_ STATO CONIUGALE: \_\_\_\_\_

**LE DOMANDE SEGUENTI DEVONO ESSERE COMPLETATE PER LA CONSIDERAZIONE DELL'ASSISTENZA FINANZIARIA**

1. LEI ERA UN/UNA RESIDENTE DELL'OHIO AL MOMENTO DEL SEVIZIO OSPEDALIERO? SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 a) IN CASO CONTRARIO, IN QUALE STATO RISIEDEVA? \_\_\_\_\_
2. HA RICHiesto L'ASSISTENZA MEDICAID O ALTRA ASSISTENZA DELLA CONTEA? SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 a) SE "SI", IN CHE DATA HA PRESENTATO LA DOMANDA? \_\_\_\_\_  
 b) SE SI', HA RICHiesto L'ASSISTENZA MEDICAID IN UNO STATO DIVERSO DALL'OHIO? SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 c) SE "SI", IN QUALE STATO HA RICHiesto LA COPERTURA? \_\_\_\_\_
3. IN DATA DEL SERVIZIO DISPONEVA DI COPERTURA(E) ASSICURATIVA SANITARIA? NOME DELL'ASS. \_\_\_\_\_ ID N. \_\_\_\_\_  
 a) SE "SI", (E NON E' STATA EMESSA FATTURA NEI CONFRONTI DELL'ASSICURAZIONE) INVII UNA COPIA DELLA SUA TESSERA(E) ASSICURATIVA CON QUESTA DOMANDA
4. HA RICHiesto LA COPERTURA ASSICURATIVA ATTRAVERSO LO SCAMBIO DI ASSICURAZIONE SANITARIA? SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 a) SE "SI", QUAL E' IL NOME DELL'ASSICURAZIONE \_\_\_\_\_ ID N. \_\_\_\_\_
5. LA DATA DEL SERVIZIO ERA CORRELATA A UN INCIDENTE D'AUTO? SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 a) SE "SI", HA INOLTATO UNA RICHIESTA DI RISARCIMENTO? NUMERO DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO: \_\_\_\_\_ NOME ASSICURAZIONE: \_\_\_\_\_
6. DISPONE DI UN CONTO DI RISPARMIO SANITARIO (HSA)? SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 a) SE "SI", INVII UNA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL SUO SALDO ATTUALE.
7. INDICHI SE QUALCUNO DELLA SUA CERCHIA FAMILIARE DISPONE DELLE SEGUENTI RISORSE.  
 a) POSSIEDE O AFFITTA L'ABITAZIONE IN CUI RISIEDE? PROPRIETA' \_\_\_\_\_ AFFITTO \_\_\_\_\_  
 b) CONTO CORENTE/DI RISPARMIO: SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SE "SI" ELENCHI IL VALORE TOTALE IN \$ \_\_\_\_\_  
 c) ALTRE RISORSE INCLUSO, SENZA LIMITARVISI CD/AZIONI/OBBLIGAZIONI/CONTI DEL MERCATO MONETARIO: SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 d) SE "SI" ELENCARE IL VALORE TOTALE IN \$ \_\_\_\_\_

**ELENCARE NEL SEGUITO I COMPONENTI DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SE NECESSITA DI SPAZIO AGGIUNTIVO, UTILIZZI IL RETRO DI QUESTO MODULO.**

NOME	RAPPORTO CON IL PAZIENTE	ETA'	REDDITO TOTALE NEI 3 MESI PRECEDENTI ALLA DATA DEL SERVIZIO	REDDITO TOTALE NEI 12 MESI PRECEDENTI ALLA DATA DEL SERVIZIO	FONTE DEL REDDITO NOME DEL DATORE DI LAVORO (STATO SE STUDENTE UNIVERSITARIO)
	LAVORATORE AUTONOMO				

**INVIARE I DOCUMENTI COMPROVANTI IL REDDITO DI 3 MESI O 12 MESI CON LA PRESENTE DOMANDA:**

**IL REDDITO E' CONSIDERATO REDDITO TOTALE AL LORDO DELLA DETRAZIONE FISCALE E INCLUE SENZA LIMITARVISI:** • SALARI O STIPENDI DA LAVORO DIPENDENTE (INVIARE 3 MESI DI BUSTE PAGA) • SUSSIDIO DI DISOCCUPAZIONE • BENEFICI PER VETRANI • PREVIDENZA SOCIALE (AL LORDO DELLE DETRAZIONI) O LETTERA DI ASSEGNAZIONE • SUSSIDI PER FIGLI • PENSIONE O PENSIONAMENTO • 401K • LETTERA DI ASSEGNAZIONE DI INDENNITA' PER LAVORATORI • PAGAMENTI FORFETTARI • ASSISTENZA OWF • VITALIZI • INCASSI • REGISTRAZIONI DI LAVORO AUTONOMO • LAVORI SALTUARI • DICHIARAZIONE DEI REDDITI FEDERALE • QUALSIASI ALTRO REDDITO • SE SI DICHIARA REDDITO ZERO SI DEVE COMPILARE LA DICHIARAZIONE DI SUPPORTO • POSSONO ESSERE RICHIESTI I DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI DI CONTI CORRENTI/DI RISPARMIO (O ALTRI BENI) • I BUONI PASTO NON VENGONO CONSIDERATI REDDITI MA DEVONO ESSERE ELENCATI NELLA RIGA DELLA "DICHIARAZIONE DI SUPPORTO" DI SEGUITO

**SE HA DICHIARATO REDDITO ZERO IN CHE MODO SI SOSTIENE?** \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE** APPONENDO LA MIA FIRMA AL PRESENTE DOCUMENTO, IO SOTTOSCRITTO/A AFFERMO CHE LE RISPOSTE PRESENTI SU QUESTA DOMANDA SONO VERE.. QUALORA UNA REVISIONE SUCCESSIVA DI UNA DOMANDA DI ASSISTENZA FINANZIARIA DI UN SINGOLO RIVELI CHE LE INFORMAZIONI FORNITE DAL SINGOLO SIANO ERRATE O FRAUDOLENTE, LA DECISIONE DI FORNIRE ASSISTENZA FINANZIARIA POTRA' ESSERE ANNULLATA E LE PASSIVITA' RELATIVE VERRANNO FATTURATE. ALLA PERSONA INTERESSATA. IO SOTTOSCRITTO/A DICHIARO DI COMPRENDERE CHE LE INFORMAZIONI CHE INVIO SONO SOGGETTE A VERIFICA DA PARTE DEL MIO FORNITORE DI SERVIZI OSPEDALIERI AGENZIE DI RESOCONTO CREDITIZIO INCLUSE, E SOGGETTE A REVISIONE DA PARTE DI AGENZIE FEDERALI E/O STATALI E ALTRI COME RICHiesto.

FIRMA DEL PAZIENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE O RAPPRESENTANTE: \_\_\_\_\_ TIPO DI RAPPORTO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_  
 (SE NON PAZIENTE)

SPEDIRE VIA POSTA LA DOMANDA COMPILATA E LA DOCUMENTAZIONE A  
 MERCY HEALTH ATTENTION: SCANNING SUITE 400  
 4605 DUKE DRIVE  
 MASON, OH 45040

Ultima revisione: 7/2016