

Programma di assistenza finanziaria

INFORMAZIONE DEMOGRAFICA

NOME PAZIENTE: _____ DATA DI NASCITA: _____

PARTE RESPONSABILE: _____

INDIRIZZO: _____

NUMERO DI TELEFONO: _____ NUMERO DI SOCIAL SECURITY: _____

DATORE DI LAVORO: _____ OCCUPAZIONE: _____

SERVIZI E/O PROCEDURE PREVISTE ATTRAVERSO ONEIDA HEALTH: _____

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA / REDDITO

SI PREGA DI NOTARE CHE LA DOMANDA NON SARÀ ELABORATA FINO A QUANDO NON SI RICEVE LA PROVA DEL REDDITO. TUTTI GLI SCONTI SONO CALCOLATI DA REDDITO LORDO (PRIMA DETRAZIONI E/O IMPOSTE).

LA PROVA DI REDDITO PUÒ ESSERE: 2 MESI DI BUSTA PAGA, DICHIARAZIONE BENEFICIARIA PER LA PREVIDENZA SOCIALE, LETTERA DI DETERMINAZIONE PER PENSIONE, DISOCCUPAZIONE, INABILITÀ, DICHIARAZIONE FISCALE.

ELENCO REDDITO FAMIGLIARE	TOTALE PER IL MESE SCORSO			
	PAZIENTE	PARTNER	GENITORE/TUTORE (SE APPLICABILE)	TOTALE
SALARI DA LAVORO				
SICUREZZA SOCIALE				
PENSIONE				
DISOCCUPAZIONE / INABILITÀ				
TUTTI GLI ALTRI REDDITI				

ELENCA TUTTI I MEMBRI DELLA FAMIGLIA E COMPRENDI EVENTUALI FIGLI A CARICO:

NOME	RELAZIONE

CERTIFICA CHE LE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA SONO VERI E PRECISE AL MEGLIO DELLA MIA CONOSCENZA. INOLTRE FARÒ RICHIESTA DI EVENTUALI ASSISTENZA (MEDICAID, MEDICARE, ASSICURAZIONI, ECC.) CHE POSSONO ESSERE DISPONIBILI PER IL PAGAMENTO DELLA MIA QUOTA OSPEDALIERA, ED EFFETTUERÒ QUALSIASI AZIONE RAGIONEVOLMENTE NECESSARIA PER OTTENERE TALE ASSISTENZA E ASSEGNERÒ O PAGARE ALL'OSPEDALE L'IMPORTO RECUPERATO PER LE SPESE OSPEDALIERE. SE QUALSIASI INFORMAZIONE CHE HO FORNITO DIMOSTRA DI ESSERE FALSA, COMPRENDI CHE L'OSPEDALE PUÒ RIVALUTARE LA MIA SITUAZIONE FINANZIARIA E PRENDERE QUALSIASI AZIONE CONSIDERATA APPROPRIATA

DATA: _____ FIRMA: _____ RELAZIONE: _____