



321 GENESEE ST, ONEIDA, NEW YORK 13421
 APPLICAZIONE DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

È NECESSARIO RICHIEDERE ASSISTENZA FINANZIARIA ENTRO 120 GIORNI DALLA DATA DI DISCARICO. QUESTO MODULO COMPILATO INSIEME A TUTTI I DOCUMENTI RICHIESTI DEVE ESSERE RESTITUITO ALL'UFFICIO AZIENDALE ENTRO 30 GIORNI PER ESSERE CONSIDERATO. QUESTA APPLICAZIONE COVER A 6 MONTH PROSPECTIVE PERIOD.

Nome: Cognome _____ Primo _____ Iniziale del secondo nome _____
 Indirizzo: _____ Città stato _____ Cap _____
 Data di nascita dei pazienti: ____/____/____ sicurezza sociale _____
 Telefono di casa (____) _____ Datore di lavoro _____
 Verifica del reddito: **OBBLIGATORIA**

- () Dichiarazioni dei redditi più recenti () Periodo di 2 mesi Pay Stubs () Dichiarazioni di beneficio
 () Altro (specificare) _____ Negazione di Medicaid (se applicabile) _____

Se la prova del reddito non viene restituita con questa domanda, l'assistenza finanziaria sarà ritardata o negata.

Numero di persone in famiglia _____

Reddito lordo paziente/garante \$ _____

Reddito lordo dei coniugi (se applicabile) \$ _____

Pagamenti di previdenza sociale non inclusi nel reddito lordo \$ _____ Pagamenti di previdenza sociale non inclusi nel reddito lordo \$ _____

Altri redditi: (si prega di specificare) Ex: alimenti, sostegno ai bambini, ecc. \$ _____

Reddito familiare lordo totale \$ _____

(Se il vostro reddito scende al di sotto delle Linee guida federali sulla povertà, potrebbe essere richiesto di richiedere)

Data del servizio	Nome dei pazienti	Account #	Equilibrio

Attesto che le informazioni di cui sopra sono vere e accurate al meglio delle mie conoscenze. Inoltre farò domanda per qualsiasi assistenza o pagamento di terzi (Medicare, Medicaid, Assicurazione, ecc.) che potrebbe essere a mia disposizione per il pagamento delle spese ospedaliere. Prenderò tutte le misure ragionevolmente necessarie per ottenere tale assistenza e assegnerò o autosegnerò all'ospedale l'importo recuperato a fronte delle spese, che sono oggetto di questa domanda, indipendentemente da quando tale pagamento viene ricevuto. Capisco che questa domanda è fatta allo scopo di stabilire l'idoneità per i servizi nell'ambito del programma di assistenza finanziaria di Oneida Health. Se le informazioni che ho fornito in relazione a questa domanda vengono in seguito ritenute errate, l'idoneità al programma di assistenza finanziaria verrà rivalutata in base alle informazioni corrette e potrei essere responsabile del pagamento di eventuali servizi precedentemente considerati idonei.

Rapporto con il paziente (s) _____ Firma _____ Data ____/____/____

Il nostro ufficio Business è aperto da lunedì a venerdì dalle 9:00 alle 15:00. Se avete domande riguardanti questa applicazione si prega di chiamare 315-361-2230. Grazie