

Richiesta di assistenza finanziaria
*(La richiesta deve essere completata **INTERAMENTE**)*

Data della richiesta: ____/____/____

Informazioni del paziente:

Cognome: _____ Nome _____ Iniziale 2° nome _____

Data di nascita: ____/____/____ N.ro di Previdenza Sociale: _____

Indirizzo: _____ App.to n. _____

Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

N.ro telefono abitazione (____) _____ Altro n.ro telefonico (____) _____

Dipendenti conviventi:

	Nome	Data di nascita	Rapporto con il paziente
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Informazioni sul reddito:

Reddito	Paziente	Coniuge
Datore di lavoro		
Paghe lorde		
Alimenti/Mantenimento prole ricevuti		
Pensione		
Benefici di disoccupazione		
Benefici previdenziali		
Reddito da locazione		
Altro reddito		
Buoni alimentari		
Reddito complessivo		



Si prega di fornire copie dei documenti disponibili nell'allegato elenco di moduli di Documentazione e Verifica. I pazienti devono fornire queste informazioni entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta. I documenti possono essere spediti per posta o consegnati di persona. L'indirizzo è fornito qui di seguito. Tutte le informazioni fornite, discusse o registrate relative a questa richiesta sono riservate. Per eventuali domande o per richiedere ulteriore assistenza, contattare un Consulente per l'Assistenza Finanziaria al (203) 276-7515 o (203) 276-4831 presso il Reparto Commerciale Pazienti.

Indirizzo postale:
 Stamford Health
 One Hospital Plaza
 PO Box 9317
 Stamford, CT 06904

Indirizzo geografico:
 Stamford Health
 One Hospital Plaza
 Stamford, CT 06902

Ulteriori informazioni che il richiedente desidera siano prese in considerazione:

Quivi presento richiesta di assistenza finanziaria allo Stamford Hospital, compreso l'accesso ai fondi di degenza ospedaliera che siano disponibili e ai quali io possa avere diritto. Prendo atto che le informazioni che ho presentato sono soggette a verifica dallo Stamford Hospital. Certifico che le informazioni che precedono sono corrette e veritiere. Prendo inoltre atto che mi si potrebbe chiedere di fare richiesta di assistenza pubblica, ove mai ne abbia diritto.

Firma del richiedente: _____

Data: _____

Si tenga presente che il mancato completamento di questa richiesta e la fornitura delle informazioni richieste nei tempi stabiliti ritarderà l'elaborazione della richiesta e potrebbe risolversi nel mancato diritto all'assistenza finanziaria da parte del richiedente.

SOLO PER USO DELL'OSPEDALE

MR#: _____

Family Size# _____

Financial Assistance Level Approved: _____ @ _____ %

FAP Approved: From: _____ To: _____

Prenatal Approved: From: _____ To: _____

Denied Date: _____

Reason for Denial: _____

By FC: _____ Date: _____

Moduli di Documentazione e Verifica

I documenti pertinenti sotto elencati per il richiedente/coniuge e i figli (se il richiedente è un minore fornire le informazioni dei genitori) vanno forniti al proprio Consulente per l'Assistenza Finanziaria o al Reparto Servizi Commerciali Pazienti.

SI PREGA DI FORNIRE COPIE DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

Assicurazione:

Salute SÌ o NO Responsabilità SÌ o NO
 Infortuni sul lavoro SÌ o NO MVA SÌ o NO
 È stata fatta richiesta di copertura assicurativa con accesso al piano sanitario (CT) SÌ o NO

***TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE RIGUARDANO IL PAZIENTE, IL CONIUGE E I FIGLI CONVIVENTI.**

Benefici federali e statali:

- Lettera di rifiuto del reparto Servizi Sociali
- Lettera buoni alimentari/assistenza in contanti
- Copertura del reparto Servizi Sociali Medici (Medicaid)
- Lettera di benefici previdenziali

Identificazione:

- Carta d'identità con foto / Patente di guida / Passaporto / Carta di residenza permanente
- Prova dell'indirizzo corrente (bollette d'utenza, cavo, telefono)
- Certificato di nascita dei figli

Reddito: paghe, salari, mance e dividendi

- Cedolini di pagamento più recenti (4 se pagati settimanalmente / 2 se pagati ogni due settimane e 2 se pagati mensilmente)
- Occorre una lettera del datore di lavoro o autografa se si è pagato in contanti o con assegno personale
- Cronologia dei sussidi di disoccupazione (se si riscuote un sussidio di disoccupazione)
- Se disoccupato/a, fornire una lettera che indichi come ci si sostiene.
- Alimenti e/o mantenimento della prole (Atto giudiziario o lettera che indichi l'importo ricevuto)
- Si possiede una proprietà diversa dalla residenza primaria?
 - SÌ o NO se sì, reddito da locazione \$_____

Tasse:

- Dichiarazione dei redditi presentata più recentemente e modulo W-2 o 1099

Attività bancaria:

- Estratti conto bancari più recenti per il paziente e il coniuge (Conto corrente e conto di risparmio)
 - SÌ o NO Se no, inizializzare _____

Informazioni sulla residenza:

- Ricevuta di locazione / leasing o estratto conto ipotecario
- Lettera del proprietario o autografa (importo che si paga per l'affitto mensile)
- Lettera della casa di accoglienza