

**Richiesta di Assistenza Finanziaria**  
(La richiesta deve essere completata **INTERAMENTE**)

Data della richiesta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Informazioni del paziente:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Iniziale secondo nome \_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ App N. \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Telefono casa n. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Altro telefono n. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Dipendenti nell'abitazione:**

	<b>Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Rapporto con il paziente</b>
<b>1.</b>			
<b>2.</b>			
<b>3.</b>			
<b>4.</b>			
<b>5.</b>			

**Informazioni sul reddito:**

<b>Reddito</b>	<b>Paziente</b>	<b>Coniuge</b>
Datore di lavoro		
Stipendi al lordo		
Mantenimento prole/Alimenti ricevuti		
Pensione		
Indennità di disoccupazione		
Benefici di Previdenza Sociale		
Reddito da affitto		
Altro reddito		
Buoni pasto		
<b>Reddito complessivo</b>		

Si prega di fornire copie dei documenti disponibili nell'elenco allegato dei Moduli di Documentazione e Verifica. I pazienti devono fornire queste informazioni entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta. Tutte le informazioni fornite, discusse o registrate in relazione a questa richiesta sono riservate. Per eventuali quesiti o per la richiesta di ulteriore assistenza contattare un Consulente di Assistenza Finanziaria a (203) 276-7515 o (203) 276-4831 presso il Reparto Commerciale Pazienti.

Ulteriori informazioni che il richiedente desidera che siano tenute in considerazione:

---

---

---

Quivi chiedo assistenza finanziaria allo Stamford Hospital, compreso accesso ai fondi per letti d'ospedale che potrebbero essere disponibili e ai quali potrei aver diritto. Prendo atto che le informazioni che ho inoltrato sono soggette a verifica da parte dello Stamford Hospital. Certifico che le informazioni che precedono sono veritiere e corrette. Prendo atto che mi si potrebbe chiedere di fare richiesta di assistenza pubblica, se avente diritto.

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Si tenga presente che il mancato completamento di questa richiesta e la mancata fornitura delle informazioni richieste nei tempi concessi ritarderà l'inoltro della vostra richiesta e potrebbe determinare la non ammissibilità all'assistenza finanziaria.

-----  
**SOLO PER USO DELL'OSPEDALE**

MR#: \_\_\_\_\_

N.ro dei membri familiari \_\_\_\_\_

Livello assistenza finanziaria approvato: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ %

FAP approvato: da: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Prenatale approvato: da: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Data rigetto: \_\_\_\_\_

Ragione del rigetto: \_\_\_\_\_

F.to FC: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Moduli di Documentazione e Verifica**

Si prega di fornire i sottoelencati documenti pertinenti per il/la richiedente/coniuge o partner e figli (se il/la richiedente è un minorenne fornire le informazioni dei genitori) al proprio Consulente di Assistenza Finanziaria o al Reparto Servizi Commerciali del Paziente.

**SI PREGA DI FORNIRE COPIE DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

**Assicurazione**

- Sanitaria  SÌ o  NO      Responsabilità  SÌ o  NO  
Indennizzo per infortuni sul lavoro  SÌ o  NO      Infortuni automobilistici  SÌ o  NO  
È stata fatta richiesta di copertura assicurativa con Access Health CT?  SÌ o  NO

**\*TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE SONO PER IL PAZIENTE, CONIUGE, PARTNER E FIGLI PRESENTI NELL'ABITAZIONE.**

**Benefici federali e statali**

- Lettera di Rigetto del Dipartimento dei Servizi Sociali
- Buoni pasto/Lettera di assistenza contanti
- Copertura medica del Dipartimento di Servizi Sociali (Medicaid)
- Lettera di Benefici di Previdenza Sociale

**Identificazione**

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

**Reddito: stipendi, salari, mance e dividendi**

- Dichiarazione dei redditi più recente e W-2 o 1099
- Buste paga più recenti (4 se si è pagati settimanalmente / 2 se si è pagati bi-settimanalmente e 2 se si è pagati mensilmente)
- Lettera autenticata del datore di lavoro o di se stesso/a
- Storico pagamenti da disoccupato/a (se si riscuote indennità di disoccupazione)
- Se disoccupato/a fornire una lettera autenticata che indichi come ci si sostiene.
- Alimenti e mantenimento prole (Documento giudiziale o una lettera autenticata indicante l'importo ricevuto)

**Beni patrimoniali**

- Saldi di conto corrente bancario più recenti per tutti i membri familiari (Conti correnti, risparmio, CD, 401K, 403B)
  - SÌ o  NO    Se No, inizializzare \_\_\_\_\_
- Si possiede una proprietà diversa dalla residenza primaria?
  - SÌ o  NO    Se Sì, reddito da affitto \$ \_\_\_\_\_

**Informazioni sulla residenza**

- Ricevute di affitto / leasing o dichiarazione ipotecaria
- Lettera autenticata di proprietario o propria (importo mensile corrisposto per l'affitto)
- Lettera di ricovero

**Prenatale**

- Contatto prenatale (Contatto Optimus/TSH)