

**Domanda di assistenza finanziaria**

(La domanda deve essere compilata **NELLA SUA INTERESSA**)

Data della domanda: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Informazioni sul paziente:

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

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

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

Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

N. di telefono abitazione (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Altro N. di telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Persone a carico nel nucleo familiare:**

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

**Informazioni sul reddito:**

Reddito	Paziente	Coniuge
Dato di lavoro		
Stipendi lordi		
Mantenimento/Alimenti ricevuti		
Pensione		
Indennità di disoccupazione		
Prestazioni di sicurezza sociale		
Redditi da locazione		
Altri redditi		
Buoni spesa		
<b>Reddito totale</b>		

Si prega di fornire copie dei documenti disponibili nell'elenco Documentazione e moduli di verifica in allegato. I pazienti devono fornire informazioni entro 15 giorni dalla ricezione della domanda. Tutte le informazioni fornite, discusse o registrate in merito alla presente domanda sono di natura riservata. In caso di domande o per ulteriore assistenza, contattare un Consulente finanziario al numero (203) 276-7515 o (203)276-4831 del Dipartimento Patient Business (Affari sui pazienti). Ulteriori informazioni che il richiedente desidera siano prese in esame:

---

---

---

Con la presente chiedo assistenza finanziaria da parte dello Stamford Hospital, tra cui accesso a fondi sui posti ospedalieri che possono essere disponibili e ai quali posso avere diritto. Comprendo che le informazioni da me fornite sono soggette a verifica da parte dello Stamford Hospital. Dichiaro che le informazioni di cui sopra sono vere e corrette. Comprendo che potrebbe essermi chiesto di fare domanda di assistenza pubblica, se avente diritto.

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

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

Si prega di notare che il mancato completamento della domanda e la mancata fornitura delle informazioni necessarie entro i tempi previsti determineranno dei ritardi nella presa in esame della richiesta e potrebbero dare luogo alla determinazione di non idoneità all'assistenza finanziaria.

-----

**SOLO PER USO DA PARTE DELL'OSPEDALE**

N. MR: \_\_\_\_\_

N. di componenti familiari \_\_\_\_\_

Livello di assistenza finanziaria accordata: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ %

FAP approvata: Da: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Prenatale approvato: Da: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Data del rifiuto: \_\_\_\_\_

Motivo del rifiuto: \_\_\_\_\_

Da FC: \_\_\_\_\_

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

**Documentazione e moduli di verifica**

Si prega di fornire i documenti pertinenti elencati qui di seguito per il richiedente/coniuge o il partner e i figli (se il richiedente è un minore, fornire le informazioni sui genitori) al Consulente finanziario o al Dipartimento Patient Business Services.

**SI PREGA DI FORNIRCI LE COPIE DEI DOCUMENTI SEGUENTI**

**Assicurazione:**

Sanitaria	<input type="checkbox"/> SÌ o <input type="checkbox"/> NO	Responsabilità civile	<input type="checkbox"/> SÌ o <input type="checkbox"/> NO
Infortuni sul lavoro	<input type="checkbox"/> SÌ o <input type="checkbox"/> NO	MVA	<input type="checkbox"/> SÌ o <input type="checkbox"/> NO
Ha fatto domanda di copertura assicurativa con Access Health CT			<input type="checkbox"/> SÌ o <input type="checkbox"/> NO

**\*TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE SI RIFERISCONO AL PAZIENTE, CONIUGE, COMPAGNO, PARTNER E FIGLI DEL NUCLEO FAMILIARE.**

**Indennità federali e statali:**

- Lettera di rifiuto del Department of Social Services
- Lettera sui buoni spesa/assistenza in contanti
- Copertura medica (Medicaid) del Department of Social Services
- Lettera sulle prestazioni di sicurezza sociale

**Identificazione:**

- Documento di identità munito di fotografia / Patente / Passaporto / Carta di residente permanente
- Prova di indirizzo attuale (bollette, bolletta della TV via cavo, bolletta del telefono)
- Certificato di nascita dei figli

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

- Ultima dichiarazione dei redditi e W-2 o 1099
- Ultime buste paga (4 se si viene pagati settimanalmente / 2 se si viene pagati ogni 2 settimane e 2 se si viene pagati mensilmente)
- Lettera autenticata del dato di lavoro o stilata dal richiedente
- Cronologia delle indennità di disoccupazione (se percepite)
- Se il richiedente è disoccupato, fornire una lettera autenticata indicate come si sostiene.
- Alimenti e mantenimento (documento del tribunale o lettera autenticata indicante l'importo ricevuto)

**Informazioni sulla residenza:**

- Ricevuta dell'affitto / Estratto conto sulla locazione o sul mutuo
- Lettera autenticata del locatore o stilata dal richiedente (importo corrisposto mensilmente per l'affitto)
- Lettera della casa di accoglienza

**Financial Assistance Application**  
(Application Must Be **COMPLETELY** Filled Out)

Date of Request: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Patient information:

Last name: \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Home Telephone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Other Telephone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Dependents in household:**

	<b>Name</b>	<b>Date of Birth</b>	<b>Relationship to Patient</b>
<b>1.</b>			
<b>2.</b>			
<b>3.</b>			
<b>4.</b>			
<b>5.</b>			

**Income Information:**

<b>Income</b>	<b>Patient</b>	<b>Spouse</b>
Employer		
Gross Wages		
Child Support/Alimony Received		
Pension		
Unemployment Benefits		
Social Security Benefits		
Rental Income		
Other Income		
Food Stamps		
<b>Total Income</b>		



Please provide copies of available documents on the attached list of Documentation and Verification Forms. Patients are to provide this information within 15 days of receiving the application. All information provided, discussed or recorded in relation to this application is confidential. If you have questions or require further assistance contact a Financial Assistance Counselor at (203) 276-7515 or (203) 276-4831 at the Patient Business Department.

Additional information that the applicant wishes to be taken into consideration:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I hereby request financial assistance from Stamford Hospital, including access to hospital bed funds that may be available and for which I may be eligible. I understand that the information which I have submitted is subjected to verification by Stamford Hospital. I certify that the above information is true and correct. I understand that I may be asked to apply for public assistance, if eligible.

Applicant's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please note that failure to complete this application and provide the information requested within the time allotted will delay processing of your request and may result in a determination that you are not eligible for financial assistance.

-----

**FOR HOSPITAL USE ONLY**

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

Family Size# \_\_\_\_\_

Financial Assistance Level Approved: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ %

FAP Approved: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Prenatal Approved: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Denied Date: \_\_\_\_\_

Reason for Denial: \_\_\_\_\_

By FC: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Documentation and Verification Forms**

Please provide applicable documents listed below for applicant/spouse or significant other and children (if applicant is a minor provide parents information) to your Financial Assistance Counselor or the Patient Business Services Department.

**PLEASE PROVIDE US WITH COPIES OF THE FOLLOWING DOCUMENTATION**

**Insurance:**

- |   |   |           |   |
|---|---|-----------|---|
| Health  | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | Liability | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |
| Workers comp  | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | MVA       | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |
| Have you applied for insurance coverage with Access Health CT <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |   |           |   |

**\*ALL INFORMATION REQUESTED IS FOR PATIENT, SPOUSE, SIGNIFICANT OTHER, PARTNER AND CHILDREN IN THE HOUSEHOLD.**

**Federal and State Benefits:**

- Department of Social Services Denial Letter
- Food Stamps/Cash Assistance Letter
- Department of Social Services Medical (Medicaid) coverage
- Social Security Benefits Letter

**Identification:**

- Photo ID / Driver's license/ Passport / Permanent Resident Card
- Proof of Current Address (utility bills, cable, telephone)
- Children's Birth Certificate

**Income: wages, salaries, tips, and dividends**

- Most Recent Filed Tax Return and W-2 or 1099
- Most Recent Pay Stubs (4 if paid weekly / 2 if paid bi-weekly and 2 if paid monthly)
- Notarized letter from employer or self
- Unemployment payment History (if collecting unemployment)
- If unemployed please provide a notarized letter indicating how you support yourself.
- Alimony and Child Support (Court document or a Notarized letter indicating amount received)

**Residence Information:**

- Rent Receipt / Lease or Mortgage Statement
- Notarized letter from landlord or self (amount you pay for rent each month)
- Shelter letter