

**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		
<b>Reddito complessivo</b>		

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  
3001 Summer St; 2<sup>nd</sup> Floor  
Stamford, CT 06905

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