

DOMANDA DI ASSISTENZA FINANZIARIA PER PAZIENTI A BASSO REDDITO

L'eventuale approvazione della presente richiesta è temporanea e scade dopo 12 mesi dalla data di approvazione

Ospedale: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants		Data:	
Paziente:		Garante/coniuge:	
Nr. cartella clinica:		Nr. cartella clinica:	
Data di nascita:		Social Security (se disponibile):	
Social Security (se disponibile):		Telefono casa:	
Telefono casa:		Telefono ufficio:	
Telefono ufficio:		Rapporto con il paziente:	
Residenza:		Indirizzo:	
Professione e datore di lavoro:			
Indirizzo del datore di lavoro:			
Lingua:	<input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Altra		
Etnia:	<input type="checkbox"/> Ispanica <input type="checkbox"/> Non-ispanica <input type="checkbox"/> Non identificata		
Razza:	<input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Nativa americana/nativa dell'Alaska <input type="checkbox"/> Nera/afro-americana <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana o di altra isola del Pacifico		
	<input type="checkbox"/> Bianca <input type="checkbox"/> Altra o razza mista <input type="checkbox"/> Non identificata		

Si prega di fornire i seguenti dati per TUTTI i componenti della famiglia, AD ECCEZIONE di Paziente e Garante.

Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
Nome e rapporto con il paziente:	SS# (se disponibile):	Data di nascita:	Nr. cartella clinica:
Datore di lavoro, telefono e indirizzo:	Residenza:		
REDDITO MENSILE	BENI		
Stipendio e retribuzioni del paziente:	Piano di risparmio:		
Stipendio e retribuzioni del coniuge:	Conto corrente:		
Stipendio e retribuzioni del garante:	Certificati di deposito (CD):		
Reddito da libera professione:	Conto di deposito di mercato monetario:		
Assegni familiari:	Titoli di risparmio:		
Reddito da affitti:	Azioni:		
Sussidio di disoccupazione:	Obbligazioni:		
Assicurazione per inabilità temporanea:	Fondi comuni:		
Mantenimento figli:	Fondi pensione:		
Alimenti:	401(k):		
Assicurazione professionale:	403(b):		
Sussidi per veterani:	457:		
Contributi previdenziali:	Assicurazione sulla vita:		
Proventi da interessi e dividendi:	Beni personali:		
Royalty:	Seconda casa e beni in affitto:		
Pensioni:	Secondo veicolo a motore:		
Assistenza pubblica:	TOTALE:		
Altro:			
REDDITO MENSILE:			
REDDITO ANNUO:			

"Con la presente si richiede all'ospedale la valutazione di idoneità all'assistenza finanziaria. Sono consapevole che tali informazioni sono riservate e soggette alla verifica da parte dell'ospedale. Sono inoltre consapevole che ove mai le informazioni da me fornite risultassero false, la richiesta di assistenza finanziaria potrebbe essere respinta e dovrò ricompensare l'ospedale per i servizi prestati. Dichiaro che le informazioni fornite nella presente sono complete e corrette e di essere consapevole delle procedure e delle mie responsabilità".

Firma del paziente: _____ Data: _____

Firma del responsabile dell'ospedale: _____ Data: _____

SOLO PER USO INTERNO

Approvata da: _____ Data: _____

Respinta da: _____ Data: _____

Copertura assicurativa: _____ Assistenza sanitaria: Sì No

Servizi relativi a incidenti sul lavoro o altro tipo di infortunio: Sì No

Commenti: _____

Componenti della famiglia: _____ Livello FPG: _____ %FPG: _____

SCONTO (%): _____ SCONTO (\$): _____

Massima responsabilità del paziente: _____