

DOMANDA DI ASSISTENZA FINANZIARIA-*NON ASSICURATO*

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	TOT	BENI	TOT	SPESE MENSILI/PASSIVITÀ	TOT
Stipendio e retribuzioni del paziente		Piano di risparmio		Mutuo o fitto	
Stipendio e retribuzioni del coniuge		Conto corrente		Saldo attuale _____	
Stipendio e retribuzioni del garante		Certificati di deposito (CD)		Imposte patrimoniali, se non incluse nel mutuo	
Reddito da libera professione		Conto di deposito di mercato monetario		Utenze: Gas/elettricità/gasolio _____	
Assegni familiari		Titoli di risparmio		Abbonamento TV/Internet _____	
Reddito da affitti		Azioni		Telefono _____	
Sussidio di disoccupazione		Obbligazioni		Pagamenti auto o leasing	
Assicurazione per inabilità temporanea		Fondi comuni		Saldo attuale _____	
Mantenimento figli		Fondi pensione		Pagamenti con carte di credito	
Alimenti		401(k)		Saldo attuale _____	
Sussidi per veterani		403(b)		Rate prestiti	
Contributi previdenziali		457		Saldo attuale _____	
Proventi da interessi e dividendi		Assicurazione sulla vita		Assicurazione auto	
Royalty		Beni personali		Assicurazione casa	
Pensioni		Seconda casa e beni in affitto		Spese mediche	
Assistenza pubblica		Altri veicoli a motore		Alimentari	
Altro				Altre spese	
REDDITO MENSILE:					
REDDITO ANNUO:			TOTALE:		TOTALE:

"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: _____