

# DOMANDA DI ASSISTENZA FINANZIARIA

NOME DEL PAZIENTE O DI CHI PRESENTA LA DOMANDA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CITTÀ: \_\_\_\_\_ STATO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ STATO CONIUGALE: \_\_\_\_\_

DATA DEL SERVIZIO: \_\_\_\_\_  
 NUMERO CONTO: \_\_\_\_\_  
 CSN: \_\_\_\_\_  
 OSPEDALE: \_\_\_\_\_

**LA TABELLA SEGUENTE DEVE ESSERE COMPILATA PER POTER ESSERE PRESI IN CONSIDERAZIONE PER L'ASSISTENZA FINANZIARIA. SI PREGA DI NOTARE CHE I PAZIENTI NON ASSICURATI DEVONO COLLABORARE CON IL NOSTRO FORNITORE RESPONSABILE PER LA VERIFICA DEI REQUISITI ASSICURATIVI PRIMA DI POTER RICEVERE L'ASSISTENZA. LE DECISIONI SARANNO PRESE ENTRO 90 GIORNI DAL RICEVIMENTO DELLA DOMANDA COMPILATA E DELLA COLLABORAZIONE CON IL NOSTRO FORNITORE**

NOME	RAPPORTO DI PARENTELA CON IL PAZIENTE	DATA DI NASCITA	REDDITO TOTALE LORDO NEI 3 MESI PRECEDENTI ALLA DATA DEL SERVIZIO	REDDITO TOTALE LORDO NEI 12 MESI PRECEDENTI ALLA DATA DEL SERVIZIO	NOME DEL DATORE DI LAVORO - FONTE DI REDDITO (INDICARE SE SI È STUDENTI UNIVERSITARI)
	<b>SE STESSO O SE STESSA</b>				

1. SE HA DICHIARATO UN REDDITO TOTALE PARI A ZERO, COME VIENE MANTENUTO O MANTENUTA? \_\_\_\_\_
2. IN CHE STATO RISIEDEVA AL MOMENTO DELLA SUA VISITA? \_\_\_\_\_
3. HA FATTO DOMANDA PER MEDICAID O QUALSIASI ALTRA FORMA DI ASSISTENZA DALLA CONTEA?  NO  SÌ (DATA/STATO \_\_\_\_\_)
4. DISPONEVA DI ASSICURAZIONE SANITARIA ALLA DATA DEL SERVIZIO?  NO  SÌ (ALLEGARE A QUESTA DOMANDA COPIA DELLA TESSERA ASSICURATIVA)
5. LA DATA DEL SERVIZIO ERA COLLEGATA A UN INCIDENTE AUTOMOBILISTICO?  NO  SÌ (NOME DELL'ASSICURAZIONE/N. SINISTRO \_\_\_\_\_)
6. C'È QUALCUNO NEL SUO NUCLEO FAMILIARE CHE ABBA UN CONTO CORRENTE O UN CONTO DI RISPARMIO?  NO  SÌ (VALORE \_\_\_\_\_)
7. C'È QUALCUNO NEL SUO NUCLEO FAMILIARE CHE ABBA QUALCHE ALTRO BENE?  NO  SÌ (TIPO/VALORE \_\_\_\_\_)
8. LA SUA CASA È DI SUA PROPRIETÀ O È IN AFFITTO?  MIA PROPRIETÀ  IN AFFITTO  ALTRO (\_\_\_\_\_)

**PER IL REDDITO E I BENI RIPORTATI SOPRA, DEVE FORNIRE QUANTO SEGUE PER CIASCUN MEMBRO DEL NUCLEO FAMILIARE:**

(selezionare la documentazione ricevuta)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> LAVORO SUBORDINATO = 3 O 12 MESI DI REDDITO<br><input type="checkbox"/> DISOCCUPAZIONE = LETTERA RELATIVA ALLE PRESTAZIONI<br><input type="checkbox"/> PREVIDENZA SOCIALE = LETTERA RELATIVA ALLE PRESTAZIONI<br><input type="checkbox"/> PENSIONE O INVALIDITÀ = LETTERA RELATIVA ALLE PRESTAZIONI | <input type="checkbox"/> LAVORO IN PROPRIO = DICHIARAZIONI DEI REDDITI COMPLETA, COMPRESA LA TABELLA (SCHEDULE) C<br><input type="checkbox"/> ASSEGNO DI MANTENIMENTO PER I FIGLI = DOCUMENTO ORDINATO DAL TRIBUNALE<br><input type="checkbox"/> ALTRO = PROVA DI QUALSIASI ALTRO REDDITO, QUALI DIVIDENDI, INTERESSI O REDDITO DA AFFITTI<br><input type="checkbox"/> CONTO CORRENTE O DI RISPARMIO = ESTRATTO CONTO DEGLI ULTIMI 30 GIORNI PER CIASCUN CONTO |
|--|--|

**CERTIFICAZIONE:** FIRMANDO QUESTO DOCUMENTO, Affermo che le risposte in questa domanda sono corrette. Qualora un successivo esame della domanda di assistenza finanziaria di una persona rivelasse che le informazioni fornite dalla persona in questione erano errate o fraudolente, la decisione di fornire assistenza finanziaria potrà essere revocata e la parte responsabile sarà tenuta a pagare. Sono consapevole che le informazioni da me fornite sono soggette a verifica da parte del mio fornitore di servizi ospedalieri, così come da parte di agenzie responsabili della segnalazione dei crediti, e che sono soggette a revisione da parte delle agenzie federali e/o statali e di altri enti, secondo quanto necessario.

FIRMA DEL PAZIENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA DI CHI PRESENTA LA DOMANDA O DI CHI LO RAPPRESENTA: \_\_\_\_\_ RAPPORTO DI PARENTELA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_  
 (SE NON SI TRATTA DEL PAZIENTE)

INVIARE PER POSTA LA DOMANDA COMPLETATA E LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE A:

Bon Secours Southside Regional Medical Center  
 200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805