

For Administrative use only

Facility _____

Account # _____

Med.Rec# _____

Domanda di sostegno finanziario (Allegato A)

For Administrative use only

Patient Type _____

Amount of W/O \$ _____

Method of Calculation _____

I. Dati demografici del/la paziente

Nome paziente: _____
(Cognome) (Nome) (Iniz. 2° nome) (SSN – **NON OBBLIG.**) (Data nasc.)

Nome garante: _____
(Cognome) (Nome) (Iniz. 2° nome) (SSN – **NON OBBLIG.**) (Data nasc.)

Indirizzo: _____
(Via) (Città) (Stato) (CAP)

Tel. abitazione: _____ Tel. lavoro: _____ Cellulare: _____

II. Informazioni sul nucleo familiare

Stato civile del/la paziente: <i>(Cerchiarne uno)</i>	Sposato/a	Single	Separato/a	Totale componenti nucleo familiare:
---	-----------	--------	------------	-------------------------------------

Nome del coniuge e dei familiari a carico: <i>(Aggiungere un foglio per gli altri familiari a carico)</i>	Data di nascita	Numero Social Security (SSN) (NON OBBLIGATORIO)

III. Informazioni sull'impiego attuale

Nome dipendente (paziente, garante, coniuge o familiare a carico):	Nome e indirizzo del datore di lavoro e date di impiego
	<i>Data assunzione:</i>
	<i>Data assunzione:</i>
	<i>Data assunzione:</i>

IV. Informazioni sull'assicurazione *(Aggiungere altri fogli per ulteriori informazioni sull'assicurazione)*

Possiede o ha fatto richiesta di copertura di un'assicurazione sanitaria (come Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus o Healthy NY)?	SI	NO
Se sì, fornisca i dettagli: <i>(includere nome, indirizzo e numero di telefono della compagnia assicurativa, numero di polizza/gruppo e le informazioni sul sottoscrittore)</i>		

V. Altre informazioni

La terapia è a seguito di un incidente o un infortunio?	SI	NO
Se sì, data dell'incidente:		
Breve descrizione dell'incidente:		
Via, città e Stato in cui è avvenuto l'incidente:		
È coinvolta un'assicurazione per proprietari di case o per responsabilità civile?		

NON È TENUTO/A A PAGARE LE SPESE OSPEDALIERE FINCHÉ L'OSPEDALE NON LE COMUNICHERÀ CON UNA LETTERA LA PROPRIA DECISIONE SULLA SUA DOMANDA

Domanda di sostegno finanziario
(Allegato A)

VI. Dichiarazione finanziaria

Inserire i totali relativi a paziente, garante, coniuge e familiari a carico: (Aggiungere altri fogli se necessario)

REDDITO MENSILE:	IMPORTO:
Retribuzioni lorde, stipendi, mance	\$
Previdenza sociale	\$
Indennità di invalidità	\$
Indennità di disoccupazione	\$
Assegno per minori	\$
Alimenti/mantenimento	\$
Reddito da locazione	\$
Reddito da capitale	\$
Pensione	\$
Dividendi/interessi	\$
Altri redditi (specificare):	
	\$
	\$
	\$

CERTIFICAZIONE

Certifico che le informazioni sopra riportate sono veritiere e accurate per quanto di mia conoscenza. Sono consapevole che fornire informazioni false o fuorvianti pregiudicherà il mio diritto al sostegno finanziario. Autorizzo il rilascio di qualsiasi informazione necessaria a verificare le informazioni fornite e ad operare le dovute riscossioni e fatturazioni secondo le leggi federali e statali applicabili. Presenterò inoltre richiesta di qualunque assistenza (Medicaid, Medicare, assicurativa, etc.) possa essere disponibile per il pagamento delle spese ospedaliere e adatterò ogni azione ragionevolmente necessaria per ottenere tale assistenza e assegnerò o liquiderò all'ospedale l'importo recuperato per le spese ospedaliere.

Sono consapevole che questa domanda viene presentata affinché l'ospedale possa stabilire la mia idoneità al sostegno finanziario secondo i criteri stabiliti e depositati presso l'ospedale.

Inoltre, accetto di fornire ogni ulteriore informazione che mi verrà richiesta per stabilire l'idoneità. Accetto di informare NYU Hospitals di qualsiasi variazione sopraggiunta nelle mie esigenze, nell'idoneità assicurativa, nel reddito, nel patrimonio, nelle condizioni di vita o nell'indirizzo.

Firma del/la richiedente: _____ Data _____

Firma dell'intervistatore: _____ Data _____

**NON È TENUTO/A A PAGARE LE SPESE OSPEDALIERE FINCHÉ L'OSPEDALE NON LE
COMUNICHERÀ CON UNA LETTERA LA PROPRIA DECISIONE SULLA SUA DOMANDA**