

## **Richiesta di assistenza finanziaria ospedaliera uniforme NYS**

Potreste avere diritto all'assistenza finanziaria dell'ospedale per pagare le vostre fatture se non siete assicurati, se la vostra assicurazione è esaurita o se avete un'assicurazione sanitaria ma potete attestare le spese mediche sostenute per un totale superiore al 10% del vostro reddito.

Tramite la compilazione di questo modulo verrà avviata la richiesta di assistenza finanziaria ospedaliera. Questo modulo è utilizzato da tutti gli ospedali dello Stato di New York.

*La presente domanda deve essere stampata nelle lingue principali<sup>1</sup> parlate dai pazienti assistiti dall'ospedale.*

### **Nome del paziente (inserire i dati pertinenti)**

Nome del paziente (nome, secondo nome, cognome)		
Data di nascita (mm/gg/aaaa)		
Indirizzo	Appartamento/Unità n°	
Città	Stato	CAP
Numero di telefono di contatto		
Nome del genitore/tutore o rappresentante legale (se il paziente è un minore o un adulto incapace)		
Indirizzo e-mail (se disponibile)		

### **Informazioni sulla famiglia:**

Elencate qui sotto tutti i membri del vostro nucleo familiare. Il vostro nucleo familiare è composto da voi, dal vostro coniuge o convivente e da eventuali figli o altre persone a carico. Ad esempio, includerebbe tutte le persone elencate nella stessa dichiarazione dei redditi.

Per reddito lordo s'intende il reddito **prima** della detrazione delle tasse.

Il reddito lordo può essere costituito da redditi da lavoro (stipendi, salari, mance, redditi da lavoro autonomo), redditi non derivanti da lavoro (previdenza sociale, invalidità e sussidi di disoccupazione), contributi (fondi provenienti da familiari o amici) e altre fonti di reddito (assistenza temporanea e reddito integrativo di sicurezza).

Nome e cognome	Rapporto di parentela	Reddito lordo totale (attuale)
	Me stesso/a	

<sup>1</sup> Le "lingue principali" includono qualsiasi lingua utilizzata per comunicare in almeno il 5% delle visite dei pazienti all'anno, o qualsiasi lingua parlata da più dell'1% della popolazione dell'area di servizio principale dell'ospedale, calcolata utilizzando le informazioni demografiche disponibili presso l'Ufficio del censimento degli Stati Uniti, integrate dai dati dei sistemi scolastici.


L'ospedale potrebbe richiedere di presentare una documentazione attestante il vostro reddito tra cui, a titolo di esempio, una busta paga, una lettera del datore di lavoro, se pertinente, o il modulo 1040.

**Stato dell'assicurazione sanitaria**

Disponete di qualche forma di assicurazione sanitaria, tra cui Medicaid, Medicare o un'assicurazione privata tramite il vostro datore di lavoro o stipulata personalmente?

☐ Sì ☐ No

Se avete risposto "No", desiderate assistenza per richiedere uno di questi programmi?

☐ Sì ☐ No

**Pazienti sottoassicurati: titolari di un'assicurazione che devono sostenere spese mediche elevate.** Se siete titolari di un'assicurazione, vi preghiamo di fornire una stima delle spese mediche sostenute nel corso degli ultimi 12 mesi

\$

L'ospedale potrebbe richiedervi di presentare la documentazione attestante il pagamento delle spese mediche.

**Paziente/Responsabile: se il firmatario non è il paziente, riportare il nome della persona che firma il modulo e in quale veste vi provvede per conto del paziente (ad esempio, coniuge, genitore, rappresentante legale).**

Sono consapevole che le informazioni da me fornite potrebbero essere soggette a verifica da parte di fonti esterne. Certifico la veridicità e l'accuratezza, per quanto di mia conoscenza, delle informazioni riportate.

Nome e cognome in stampatello	Data
Rapporto con il paziente	
Firma	