

Solo per uso amministrativo
 Struttura **Long Island Community**

 N. di conto: _____
 N. cartella medica _____

Solo per uso amministrativo
 Tipo di paziente _____
 Importo deduzione fiscale \$ _____
 Metodo di calcolo _____

Richiesta di assistenza finanziaria
 (Allegato A)

I. Dati demografici del paziente

Nome paziente: _____
 (Cognome) (Nome) (Codice fiscale – **NON RICHIESTO**) (Data di nascita)

Nome del garante: _____
 (Cognome) (Nome) (Codice fiscale – **NON RICHIESTO**) (Data di nascita)

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

Telefono abitazione: _____ Telefono ufficio: _____ Cellulare: _____

II. Informazioni nucleo familiare

Stato civile paziente: <i>(Cerchiare la risposta)</i>	Coniugato/a	Libero/a	Separato/a	Componenti del nucleo familiare:
Nome del coniuge e delle persone a carico: <i>(allegare foglio separato per altre persone a carico)</i>				Data di nascita
				Codice fiscale (NON RICHIESTO)

III. Informazioni sull'impiego attuale

Nome del dipendente (paziente, garante, coniuge o persona a	Nome del datore di lavoro, indirizzo e date di
	Data di assunzione:
	Data di assunzione:
	Data di assunzione:

IV. Informazioni sull'assicurazione *(allegare fogli separati per ulteriori informazioni sull'assicurazione)*

È coperto o sta facendo domanda di assicurazione sanitaria (inclusi i piani Medicaid e NY State of Health)?	SI	NO
Se sì, inserisca ulteriori dettagli: <i>(includa il nome, l'indirizzo, il numero di telefono, il numero di polizza/gruppo e le informazioni dell'iscritto della compagnia assicurativa)</i>		

V. Altre informazioni

La terapia è la conseguenza di un incidente o di un infortunio?	SI	NO
Se sì, inserire la data dell'incidente:		
Breve descrizione dell'incidente:		
Via, Città e Stato/Provincia dell'incidente:		
Verrà interessata un'assicurazione di responsabilità civile o un'assicurazione sulla casa?		

NON È TENUTO/A A EFFETTUARE ALCUN SALDO ALL'OSPEDALE FINO A CHE QUESTO NON INVIA UNA LETTERA CON LA PROPRIA DECISIONE IN MERITO ALLA SUA DOMANDA

Richiesta di assistenza finanziaria

(Allegato B)

VI. Consuntivo

Inserire i totali per Paziente, Garante, Coniuge e Persone a carico: (Aggiungere fogli aggiuntivi se necessario)

REDDITO MENSILE	IMPORTO
Salari lordi, stipendi, mance	USD
Codice fiscale	USD
Invalidità	USD
Disoccupazione	USD
Mantenimento dei figli	USD
Alimenti/Mantenimento	USD
Reddito da affitti	USD
Reddito da immobili	USD
Pensione	USD
Dividendi/Interessi	USD
Altri redditi (specificare):	
	USD
	USD
	USD

AUTOCERTIFICAZIONE

Confermo che le informazioni sopra riportate sono corrette e veritiere in base alle informazioni in mio possesso. Comprendo che informazioni fraudolente o fuorvianti mi impediranno di vedermi riconosciuta l' idoneità a ricevere assistenza finanziaria. Autorizzo il rilascio di qualsiasi informazione necessaria per verificare le informazioni fornite e per la fatturazione e le riscossioni in conformità alle leggi federali e statali pertinenti. Intendo inoltre presentare richiesta a tutti i sistemi assistenziali (Medicaid, Medicare, assicurazione ecc.) che potrebbero essere disposti a coprire l'importo della mia fattura ospedaliera, adatterò altresì qualsiasi azione ragionevolmente necessaria ad ottenere tale assistenza e mi impegno ad assegnare o a saldare all'ospedale l'importo recuperato per le spese ospedaliere.

Riconosco che questa richiesta viene inoltrata affinché l'ospedale possa valutare la mia idoneità all'Assistenza finanziaria in base ai criteri stabiliti archiviati presso l'ospedale.

Acconsento inoltre a fornire ulteriori informazioni come richiesto al fine di determinare l' idoneità. Accetto di informare il Long Island Community Hospital di eventuali miei cambiamenti di esigenze, idoneità assicurativa, reddito, proprietà, sistemazione abitativa o indirizzo non appena si verificano.

Firma del richiedente: _____ Data _____

Firma dell'intervistatore: _____ Data _____

NON È TENUTO/A A EFFETTUARE ALCUN SALDO ALL'OSPEDALE FINO A CHE QUESTO NON INVIA UNA LETTERA CON LA PROPRIA DECISIONE IN MERITO ALLA SUA DOMANDA

Domanda di assistenza finanziaria al Long Island Community Hospital allegata:

PROCEDURA PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA FINANZIARIA:

1. Compilare la richiesta allegata in ogni sua parte.
2. Restituire la domanda compilata entro 30 giorni a:

Long Island Community Hospital
101 Hospital Road
Patchogue, NY 11772
Attn: Financial Counseling

3. Una volta ricevuti tutti i documenti richiesti, la sua richiesta verrà esaminata e le verrà notificata per iscritto la decisione entro 30 giorni.

IMPORTANTE

- La Richiesta di Assistenza finanziaria riguarda le spese ospedaliere e non copre le spese mediche o altri oneri professionali.
- Le spese per stanze private o altri elementi personali non sono coperte dal programma di Assistenza finanziaria.
- I servizi non d'emergenza coperti dall'assicurazione non accettati dal Long Island Community Hospital non sono coperti dal programma di Assistenza finanziaria.

Per eventuali domande, non esiti a contattarci al numero (631) 687-4653.

Cordiali saluti,

Financial Counseling

**NON È TENUTO/A A EFFETTUARE ALCUN SALDO ALL'OSPEDALE FINO A CHE QUESTO NON INVIA
UNA LETTERA CON LA PROPRIA DECISIONE IN MERITO ALLA SUA
DOMANDA**