

Modulo di Domanda di assistenza finanziaria

SEZIONE PRIMA: INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Scrivere in stampatello il nome per intero, l'indirizzo al momento in cui hai ricevuto assistenza medica e le altre informazioni indicate in questa sezione.

Numero Conto: _____ Data(e) dell'assistenza: _____

Nome del paziente: _____

COGNOME

NOME

INIZIALE DEL SECONDO NOME

Indirizzo: _____ Città: _____ Contea: _____

Stato di residenza: _____ CAP: _____ Data di nascita: ____/____/____ Stato civile: Non sposato/a Sposato/a Divorziato/a

Numero di telefono principale: (____) _____ Casa Mobile Lavoro Altro: _____

Indirizzo e-mail: _____

Assicurazione medica al momento della prestazione del servizio: Nessuna assicurazione Medicare Medicaid Altro: _____

SEZIONE SECONDA: REDDITO E PATRIMONIO FAMILIARE

Fornire il reddito del richiedente, del coniuge e degli altri membri della famiglia (ove necessario).

Fonte di reddito	Totale dei 3 mesi precedenti alla prestazione del Servizio	Totale dei 12 mesi precedenti alla prestazione del Servizio
Dipendente/Lavoratore autonomo	\$ _____	\$ _____
Previdenza sociale	\$ _____	\$ _____
Pensione, dividendi, interessi, redditi da locazione	\$ _____	\$ _____
Disoccupazione, indennità dei lavoratori	\$ _____	\$ _____
Mantenimento dei figli (solo se il paziente è il destinatario previsto)	\$ _____	\$ _____
Altro	\$ _____	\$ _____

Totale Patrimonio netto (Beni - Debito) dalla data della Domanda: \$ _____

SEZIONE TERZA: INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA E SUL REDDITO

Elenco di tutti i membri presenti nel nucleo familiare e rispettive date di nascita.

Si prega di fornire le informazioni seguenti relative a tutti i familiari che vivono all'interno della stessa abitazione. Ai fini dell'HCAP, per famiglia si intende il paziente, il coniuge del paziente e tutti i figli del paziente sotto i 18 anni (naturali o adottivi) che vivono nella stessa abitazione del paziente. Qualora il paziente abbia meno di 18 anni, la famiglia deve includere il paziente, i genitori naturali o adottivi del paziente e i genitori e i figli minori di 18 anni (naturali o adottivi) che vivono nella stessa abitazione del paziente.

Nome dei familiari, compreso il paziente	Data di nascita	Rapporto con il paziente
1. Paziente: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

Apponendo la mia firma in calce, attesto che tutto ciò che ho dichiarato in questa domanda e negli eventuali allegati è vero.

Parte responsabile Firma: X _____ Data: _____

Con la seguente firma, dichiaro di aver esaminato e approvato la presente domanda.

Firma dell'Amministratore delegato dell'Ospedale: X _____ Data: _____

Restituire la presente domanda debitamente compilata a: [Helen M. Simpson Rehabilitation Hospital](#)