

Modulo per la richiesta di assistenza finanziaria



Importante: POTREBBE AVER DIRITTO A OTTENERE ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA O SCONTATA: compilando il presente modulo aiuterà AdventHealth a stabilire se può usufruire di servizi gratuiti o scontati o di altri programmi pubblici che possano aiutarLa a far fronte alle Sue spese mediche. Invi la domanda all'indirizzo indicato nella lettera di accompagnamento.

SE NON È ASSICURATO, PUÒ BENEFICIARE DI ASSISTENZA SANITARIA GRAUITA O SCONTATA ANCHE SENZA NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE. Tuttavia, è necessario un numero di previdenza sociale per alcuni programmi pubblici, tra cui Medicaid. Specificare il numero di previdenza sociale non è necessario, ma permetterà AdventHealth di stabilire se può usufruire di alcuni programmi pubblici. Per le domande che sul modulo sono indicate come "opzionali", la sua risposta (o mancata risposta) non avrà alcun impatto sull'esito della richiesta.

Dopo la data di notifica, compili il prima possibile il presente modulo e lo invii ad AdventHealth di persona, tramite posta ordinaria o elettronica o mediante fax per richiedere assistenza sanitaria gratuita o scontata. La domanda verrà accettata fino a 240 giorni dopo il primo estratto conto delle Sue cure. Inviando questa richiesta, riconosce di aver fatto ogni ragionevole sforzo per fornire tutte le informazioni richieste da AdventHealth per aiutare la stessa a stabilire se è idoneo a usufruire di assistenza finanziaria. Se ha domande sul processo di richiesta, può contattare il reparto di consulenza finanziaria di AdventHealth al numero 844-652-0600.

Eventuali reclami o dubbi relativi alla procedura di richiesta di sconti per pazienti non assicurati o al processo di assistenza finanziaria per gli ospedali possono essere inviati all' Health Care Bureau del Procuratore Generale dell'Illinois. Il numero verde gratuito dell'Health Care Bureau è 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Informazioni sul paziente

(da stampare; compili tutti i campi e. indichi N/A se non applicabile a nessuna riga della domanda)

Data _____ Numero di conto _____

Nome (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ M Stato civile _____ Numero di telefono _____

Domanda facoltativa - Genere - Si considera: Uomo Donna Transgender; uomo/transessuale uomo/da donna a uomo

Transgender donna/transessuale donna/da uomo a donna Terzo genere/genere non conforme esclusivamente a maschio o femmina

Categoria aggiuntiva (o altra)

Domanda facoltativa - Identità di genere: che genere era riportato sul Suo certificato di nascita in origine?: Uomo Donna

Domanda facoltativa - Etnia: Bianco Nero o afroamericano Indiano d'America o nativo dell'Alaska Indiano asiatico Cinese Filipino Giapponese Coreano VietnAdventHealth Altra etnia asiatica Nativo Hawaiano Guamaniano o Chamorro Samoano Altra etnia isole del Pacifico

Domanda facoltativa – Etnia: Ispanico, latino o di origini spagnole Messicano, Messicano americano, Chicano Portoricano

Cubano Altra origine ispanica, latina o spagnola

Domanda facoltativa - Lingua - A casa parla un'altra lingua oltre all'inglese?: Sì No

Se sì, quale lingua? _____

Indirizzo _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Domanda facoltativa - Numero di previdenza sociale _____

Datore di lavoro _____ Stato lavorativo _____

Numero telefono datore di lavoro _____

Dati del soggetto responsabile/tutore legale

(se il paziente sopra indicato è il soggetto responsabile, non compili questa sezione.)

Nome (Nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Stato civile _____ Numero di telefono _____

Indirizzo _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Numero di previdenza sociale (opzionale) _____

Datore di lavoro _____ Condizione lavorativa _____

Dati del coniuge del soggetto responsabile

(se il paziente è il soggetto responsabile, inserisca le informazioni del coniuge del paziente.)

Nome (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Stato civile _____ Numero di telefono _____

Indirizzo _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Numero di previdenza sociale (opzionale) _____

Datore di lavoro _____ Condizione lavorativa _____

Numero di telefono datore di lavoro _____

Persone a carico del soggetto responsabile

(se il paziente è il soggetto responsabile, inserisca le informazioni del coniuge del paziente.)

Nome _____ Data di nascita _____ Legame con il soggetto responsabile _____

Nome _____ Data di nascita _____ Legame con il soggetto responsabile _____

Nome _____ Data di nascita _____ Legame con il soggetto responsabile _____

Nome _____ Data di nascita _____ Legame con il soggetto responsabile _____

Numero di adulti e bambini che vivono nel nucleo familiare _____

Reddito mensile

(specifichi un importo in dollari per ciascuna voce indicata di seguito; riporti l'importo mensile per ciascun elemento.)

Reddito del richiedente _____	Reddito	Sussidio per i figli ricevuto _____	
del coniuge del richiedente _____	Servizi	Alimenti ricevuti _____	
di assistenza sociale _____	Reddito	Reddito da affitti _____	Buoni
da pensione _____	Reddito	spesa _____	
da disabilità _____		Entrate ricevute da fondi fiduciari _____	Altri
Sussidio di disoccupazione _____		redditi _____	
Sussidio di lavoro _____	Reddito	Reddito lordo mensile totale \$ _____	
da interessi/dividendi _____			

Spese mensili ordinarie

I pazienti che sono presumibilmente idonei a ricevere assistenza finanziaria come descritto nella politica dell'assistenza finanziaria di AdventHealth non devono compilare questa sezione.

Mutui/affitti _____	Utenze	Sostegno ai figli/alimenti _____	Carte
_____		di credito _____	
Telefono (linea fissa) _____		Fatture medici/ospedali _____	
Cellulare _____	Generi	Assicurazione auto _____	
alimentari _____		Assicurazione casa/proprietà _____	
Internet/TV satellitare _____		Assicurazione sanitaria _____	
Pagamento auto _____	Cura	Assicurazione vita _____	Altre
dei figli _____		spese mensili _____	
		Totale spese mensili \$ _____	

Beni

Contanti/risparmi/assegni Conti _____
Azioni/bond/investimenti _____
Altre immobili/secondo case _____
Navi/camper/motociclette/veicoli ricreativi _____
Collezioni di automobili/automobili non essenziali _____
Risparmi sanitari/Veicoli con conto di spesa flessibile _____

Autorizzo ADVENTHEALTH a ottenere le informazioni da agenzie esterne di verifica del credito. Dichiaro che i dati della domanda sono corretti e veritieri in base alle informazioni in mio possesso. Richiederò tutte le forme di assistenza statale, federale o locale alle quali potrei essere idoneo per ottenere un contributo per il pagamento delle spese mediche. Sono consapevole del fatto che le informazioni fornite potranno essere verificate da ADVENTHEALTH e autorizzo quest'ultima a contattare terze parti per verificare la correttezza delle informazioni fornite nella presente domanda. Sono consapevole del fatto che fornendo deliberatamente informazioni non veritiere nella domanda, non avrò diritto a ricevere assistenza finanziaria e che la stessa potrebbe essere revocata e che di conseguenza sarò tenuto a corrispondere integralmente le spese.

Firma del richiedente _____

Data _____

Commenti



Lettera di supporto

Numero di cartella clinica del/la paziente / numero di conto _____

Nome di chi offre sostegno _____

Legame con il paziente / richiedente _____

Indirizzo del sostenitore _____

Ad AdventHealth:

Con questa lettera dichiaro che (nome del paziente) _____ non possiede entrate basse o nessuna entrata e riceve assistenza per le spese di sussistenza. Non ha alcun obbligo nei miei confronti.

Apponendo la mia firma, dichiaro che le informazioni fornite sono vere in base ai dati in mio possesso.

Firma di chi offre sostegno _____

Data _____



Gentile Paziente/richiedente,

AdventHealth è ispirata dalla compassione e si dedica a fornire assistenza medica personalizzata a tutti, in particolar modo a coloro che ne hanno più bisogno. Offrire assistenza finanziaria ai pazienti è la nostra missione oltre che un privilegio. L'assistenza finanziaria è disponibile solo per emergenze o altre cure mediche essenziali. La ringraziamo per aver scelto noi per le Sue esigenze sanitarie e quelle della Sua Famiglia.

Le stiamo inviando questa lettera e il modulo di richiesta di assistenza finanziaria allegata dietro Sua richiesta. Se non ha inviato alcuna richiesta, La preghiamo di ignorare la comunicazione. Completate la richiesta su entrambi i lati, ricordando di firmarla e datarla, prima di restituirla. La preghiamo di informarci nel caso avesse già compilato una domanda negli ultimi sei mesi e avesse ricevuto l'approvazione di assistenza finanziaria. In questo caso, potrebbe non essere necessario compilare una nuova domanda. Le domande presentate da più di sei mesi non saranno prese in considerazione.

Insieme alla domanda, La invitiamo a inviare anche una copia di almeno uno dei seguenti documenti per comprovare il Suo reddito. Se è coniugato/a o convive con un partner da 6 mesi o più, dovrà fornire anche una copia di almeno uno dei seguenti documenti per comprovare il reddito per consentirci di elaborare la domanda.

- Copie delle ultime 3 buste paga del datore di lavoro
- Copie dell'ultima dichiarazione dei redditi annuale (per i lavoratori autonomi, includere tutti gli allegati)
- Lettera di indennizzo da parte dell'istituto di previdenza e/o pensionistico
- Ultima dichiarazione dei redditi annua del genitore o del tutore, se il richiedente è una persona a carico indicata nella dichiarazione fiscale e ha un'età inferiore a 25 anni
- Altri documenti che comprovino il reddito
- Copie degli estratti conto degli ultimi 3 mesi
- Copia delle ricevute dell'indennità di disoccupazione

Se riceve assistenza o vive in un'abitazione con familiari o amici, li invitiamo a compilare il modulo allegato denominato "Lettera di sostegno". Tale dichiarazione non li renderà responsabili delle Sue spese mediche, Ci servirà a stabilire in che misura Lei è in grado di sostenersi economicamente. Se non riceve assistenza da familiari e amici, non deve compilare il modulo della Lettera di sostegno.

Le chiediamo, infine, di documentare le Sue spese mediche mensili e per farmaci / medicinali.

Le ricordiamo che la richiesta verrà presa in considerazione solo se viene compilata per intero ed include copie dei documenti sul Suo reddito. Le richieste incomplete non saranno elaborate o prese in considerazione.

Le ricordiamo che le comunicazioni via e-mail su internet non sono sicure. Sebbene poco probabile, esiste la possibilità che le informazioni inviate via e-mail vengano intercettate e lette da persone estranee.

Desideriamo proteggere i Suoi dati personali, garantendone la sicurezza. Dal momento che la domanda include il Suo numero di previdenza sociale e altri dati personali, La invitiamo a non inviarla tramite e-mail.

La invitiamo invece a stampare e inviare la richiesta completa tramite posta ordinaria al seguente indirizzo:

AdventHealth PFS
Attenzione: Dipartimento Assistenza Finanziaria
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Se ha domande in merito a questa richiesta, La preghiamo di chiamare uno dei nostri Rappresentanti dei Pazienti al numero 888-693-2252.

Cordiali saluti,

Patient Financial Services
AdventHealth