

Assistenza finanziaria

Modulo di richiesta

Importante: POTREBBE AVER DIRITTO A OTTENERE ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA O A PREZZO RIDOTTO. Compilando il presente modulo aiuterà Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates a stabilire se può usufruire di servizi gratuiti o a prezzo scontato 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 POSSIEDE UN'ASSICURAZIONE, PUÒ BENEFICIARE DI ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA O A PREZZO SCONTATO ANCHE SENZA NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE. Il numero di previdenza sociale è, però, indispensabile per alcuni programmi pubblici, tra cui Medicaid. Specificare il numero di previdenza sociale non è necessario, ma permetterà a Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates di stabilire se può usufruire di qualche programma pubblico. 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 recapiti ad Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates di persona, tramite posta ordinaria o elettronica o mediante fax per richiedere assistenza sanitaria gratuita o a prezzo scontato. La domanda verrà accettata fino a 240 giorni dopo il primo estratto conto delle Sue cure. Inviando questa richiesta, dichiara di aver fatto ogni ragionevole sforzo per fornire ad Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates tutte le informazioni necessarie per aiutarla a stabilire se è idoneo/a a usufruire di assistenza finanziaria. Se ha domande sulla procedura di richiesta, può contattare il reparto di consulenza finanziaria di Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates al numero 833-272-7581.

Eventuali reclami o dubbi relativi alla procedura di richiesta di sconti per pazienti non assicurati o relativi 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/la paziente

(da stampare; compili tutti i campi e Indichi N/A per ogni singola riga della domanda che non è applicabile al Suo caso)

Data _____ Numero di conto _____

Nome (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Stato civile _____ Numero di telefono _____

Domanda facoltativa – Identità di genere – Si considera: Uomo Donna Transgender uomo / transessuale uomo / da donna a uomo (FTM) Transgender donna / transessuale donna / da uomo a donna Terzo genere / Identità non binaria / genere non conforme esclusivamente a maschio o femmina Altra categoria di genere (o altro)

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

Domanda facoltativa – Razza: Caucasica Afrodiscendente o Afroamericana Indoamericana o Nativa dell'Alaska Indoasiatica Cinese Filippina Giapponese Coreana Vietnamita Altra etnia asiatica Nativa delle Hawaii Guamaniana o Chamorro Samoana Altra etnia delle isole del Pacifico

Domanda facoltativa – Etnia: Ispanica, origine latina o spagnola Messicana, Messicana-americana, Chicana Portoricana Cubana Altra etnia ispanica, origine latino-americana o spagnola

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

Se sì, quale lingua? _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Domanda facoltativa – Numero di previdenza sociale _____

Datore di lavoro _____ Stato occupazionale _____

Numero di telefono del datore di lavoro _____

Dati del soggetto responsabile / tutore legale

(se il/la paziente sopra indicato è il soggetto responsabile, questa sezione non va compilata.)

Nome (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Stato civile _____ Numero di telefono _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Numero di previdenza sociale (facoltativo) _____

Datore di lavoro _____ Stato occupazionale _____

Dati del/la coniuge del soggetto responsabile

(se il/la paziente è il soggetto responsabile, inserire le informazioni del/la coniuge del/la paziente.)

Nome (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Stato civile _____ Numero di telefono _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Numero di previdenza sociale (facoltativo) _____

Datore di lavoro _____ Stato occupazionale _____

Numero di telefono datore di lavoro _____

Persone a carico del soggetto responsabile

(se il/la paziente è il soggetto responsabile, inserire le informazioni del/la coniuge del/la paziente.)

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

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

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

Nome _____ Data di nascita _____ Relazione 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/la richiedente _____

Sussidio figli percepito _____

Reddito coniuge del/la richiedente _____

Alimenti percepiti _____

Servizi di assistenza sociale _____

Reddito da affitti _____

Reddito da pensione _____

Buoni pasto _____

Reddito da disabilità _____

Entrate percepita da fondi fiduciari _____

Sussidio di disoccupazione _____

Altri redditi _____

Sussidio di lavoro _____

Reddito lordo mensile totale _____

Reddito da interessi / dividendi _____

Spese mensili ordinarie

I pazienti che prevedibilmente sono idonei all'assistenza finanziaria come descritto nella Politica di assistenza finanziaria (Financial Assistance Policy, FAP) di Ascension Illinois non devono completare questa sezione.

Mutuo / affitto

Utenze

Telefono (linea fissa)

Telefono cellulare

Generi alimentari

Connessione via cavo / internet / tv satellitare

Pagamento automobile

Servizi per l'infanzia

Sussidio figli / alimenti _____

Carte di credito _____

Spese mediche / ospedaliere _____

Assicurazione auto _____

Assicurazione casa / proprietà _____

Assicurazione medica / sanitaria _____

Assicurazione sulla vita _____

Altra spesa mensile _____

Totale spese mensili _____

Beni

Contanti / risparmi / conti correnti _____

Titoli / obbligazioni / investimenti / certificati di deposito (CD) _____

Altra proprietà immobiliare / seconda casa _____

Imbarcazione / camper / motocicletta / veicolo per il tempo libero _____

Automobili da collezione / automobili non essenziali _____

Conto di risparmio sanitario (HSA) / di spesa flessibile veicolo _____

Autorizzo Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates ad acquisire informazioni da agenzie esterne per la valutazione del credito. Dichiaro che i dati della presente 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/a onde ottenere un contributo per il pagamento delle spese mediche. Sono consapevole che le informazioni qui fornite possono essere verificate da Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates, e autorizzo Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates a contattare terze parti per verificare l'accuratezza dei dati riportati nella presente richiesta. Sono consapevole che, qualora fornissi deliberatamente informazioni non veritiere nella presente domanda, perderei ogni diritto a ricevere assistenza finanziaria e che la stessa potrebbe essere revocata obbligandomi di conseguenza ad assumermi l'onere di tutte le spese.

Firma della persona richiedente _____

Data _____

Commenti _____

Lettera di supporto

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

Nome di chi offre sostegno _____

Grado di parentela con il/la paziente/richiedente _____

Indirizzo della persona che offre sostegno _____

A Ascension Illinois:

Con la presente dichiaro che (nome del paziente) _____ percepisce un reddito molto basso o nessun reddito e che riceve assistenza da me per la sua sussistenza. Non ha alcun obbligo nei miei confronti.

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

Firma della persona che offre sostegno _____

Data _____

Gentile Paziente / Richiedente,

Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois affiliates opera con compassione e si dedica a fornire cure personalizzate a tutti, in particolar modo ai più bisognosi. Offrire assistenza finanziaria ai pazienti è la nostra missione oltre che un privilegio. L'assistenza finanziaria è disponibile per le cure di emergenza e altre cure mediche necessarie. Grazie di averci scelto per provvedere alle esigenze sanitarie Sue e 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 questa 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/a partner da 6 mesi o più, dovrà fornire anche una copia di almeno uno dei seguenti documenti per comprovare il reddito del/la convivente per consentirci di evadere 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 del genitore o del tutore, se il richiedente è una persona a suo carico indicata nella dichiarazione fiscale e ha un'età inferiore a 25 anni
- Altri documenti comprovanti 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 e se include copie dei documenti sul Suo reddito. Le richieste incomplete non saranno evase 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:

Ascension Illinois PFS
Attention: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

Se ha domande in merito a questa richiesta, La preghiamo di chiamare uno dei nostri Rappresentanti dei Pazienti al recapito 833-272-7581.

Cordiali saluti,

Patient Financial Services
Ascension Illinois