

# Domanda del paziente per assistenza finanziaria/medica

Kettering Health Main Campus, Kettering Health Miamisburg, Kettering Health Dayton, Kettering Health Washington Township, Kettering Health Greene Memorial, Soin Medical Center, Kettering Health Hamilton, Kettering Health Behavioral Medical Center and Kettering Health Troy

## PARTE 1: INFORMAZIONI SUL PAZIENTE (OBBLIGATORIE)

Informazioni complete sul paziente elencate di seguito.

Data del servizio ospedaliero \_\_\_\_\_

Nome paziente \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Numero di telefono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Hai fatto richiesta di un sussidio Medicaid negli ultimi 90 giorni?  Sì  No

Eri residente in Ohio al momento del servizio ospedaliero?  Sì  No

Eri un beneficiario attivo di Medicaid al momento del servizio?  Sì  No

Eri un beneficiario attivo dell'Assistenza per la disabilità al momento del servizio?  Sì  No

Stato civile:  Sposato/a  Divorziato/a  Vedovo/a  Celibe/Nubile  Convivente

## PARTE 2: DIMENSIONI DEL NUCLEO FAMILIARE (OBBLIGATORIE)

Elenca gli appartenenti al nucleo familiare e includi nome, data di nascita, età e parentela di tutti i membri della famiglia.

Numero di componenti della famiglia \_\_\_\_\_ (incluso te stesso/a, il tuo coniuge/convivente, tutte le persone a carico e gli altri membri della famiglia)

Nome del coniuge/convivente \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Fornisci le seguenti informazioni per tutti i membri del nucleo familiare e il loro rapporto di parentela poiché HCAP e Kettering Health Charity calcolano le dimensioni del nucleo familiare in modi diversi. (Solo i parenti sposati e i figli naturali o adottati potranno essere inclusi in un nucleo familiare HCAP.)

Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Relazione \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Relazione \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Relazione \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Relazione \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Relazione \_\_\_\_\_

## PARTE 3: REDDITO FAMILIARE (OBBLIGATORIO)

Indica il reddito lordo mensile tuo, del tuo coniuge/convivente e di tutti gli altri membri della famiglia relativo a 3 mesi e/o 12 mesi prima della data del servizio ospedaliero. Documentazione accettabile per la certificazione del reddito: matrici di assegni, dichiarazione dei redditi/1099/W2, estratti conto di previdenza sociale/pensione/VA, atti giudiziari e altri documenti comprovanti il reddito come riportato di seguito.

Reddito familiare	Paziente	Coniuge/convivente	Dipendente 18-20 anni	Genitore o custode
Reddito da lavoro dipendente				
Reddito previdenziale lordo				
Pensione				
Assegni VA				
Reddito di invalidità temporanea (TDI)				
Indennità di disoccupazione				
Alimenti				
Mantenimento dei figli				
Altro (descrivere)				
<b>Reddito mensile totale</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

1. Ci sono stati cambiamenti nel tuo reddito mensile negli ultimi 12 mesi?  Sì  No

2. Reddito familiare lordo totale degli ultimi 3 mesi USD \_\_\_\_\_

3. Reddito familiare lordo totale degli ultimi 12 mesi USD \_\_\_\_\_

4. Se il reddito riportato è pari a 0 USD, fornisci una breve spiegazione di come stai facendo fronte alle tue spese mensili

Autorizzo Kettering Health a inviare e/o scambiare documentazione relativa ai dati personali con aziende produttrici di prodotti farmaceutici allo scopo di aiutarmi a ottenere assistenza finanziaria per le mie spese mediche e certifico con la mia firma riportata di seguito che tutto ciò che ho dichiarato in questa richiesta è vero e accurato al meglio delle mie conoscenze.

Comprendo che le informazioni che invio sono soggette a verifica da parte di Kettering Health. Comprendo che se qualsiasi informazione da me fornita si rivelasse falsa, Kettering Health rivaluterà il mio stato di idoneità all'assistenza finanziaria e adotterà le misure appropriate. Io comprendo che Kettering Health potrebbe richiedere ulteriori prove delle informazioni reddituali e il mancato invio della documentazione richiesta comporterà il rifiuto della mia domanda

Firma del richiedente/tutore legale \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

*Se firmato da qualcuno diverso dal paziente, indicare il nome completo e il motivo per cui il paziente non è in grado di firmare.*

Inoltrare la domanda e tutti i documenti applicabili a: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193, Email: [FinancialCounselors@ketteringhealth.org](mailto:FinancialCounselors@ketteringhealth.org) or fax (937) 522-9944.** Per ulteriori domande chiamare il numero: (937) 914-7680