



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Domanda di Assistenza Finanziaria

L'Hallmark Health è orgoglioso di fornire la migliore cura ad ogni paziente. Hallmark Health offre assistenza finanziaria tramite la sua Politica di Assistenza Finanziaria per i pazienti che non sono in grado di pagare l'assistenza di emergenza o le necessità mediche. L'Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health non è destinata a coprire le cure di non emergenza e non urgenti. Non è prevista la concessione di sconti sui co-pagamenti di assicurazione, sulla co-assicurazione o sulle spese deducibili.

I pazienti che dispongono dei mezzi dovrebbero pagare per i servizi ricevuti dall'Hallmark Health. Tuttavia, l'idoneità per l'assistenza finanziaria è a disposizione di tutti. I pazienti sono fortemente incoraggiati a fare richiesta di tutti i programmi di assistenza governativa disponibili, come il MassHealth o l'Health Safety Net, prima di fare richiesta per il Programma di Assistenza Finanziaria dell'Hallmark Health. La mancata domanda di un programma di assistenza per il quale potresti essere potenzialmente qualificato potrebbe comportare un ritardo o un diniego della domanda. Se hai bisogno di aiuto per fare richiesta ai programmi di assistenza governativa, uno dei nostri Consulenti Finanziari dell'Hallmark Health potrà aiutarti.

La tua idoneità per i programmi di assistenza finanziaria dipende dalla compilazione completa ed accurata della seguente Domanda di Assistenza Finanziaria.

Istruzioni per la Domanda

Si prega di completare la Domanda di Assistenza Finanziaria e di includere le copie dei seguenti documenti per tutte le candidature. La mancata restituzione di tutti i documenti necessari entro 30 giorni comporterà il rifiuto della domanda. Si prega di allegare le copie di tutti i documenti presentati poiché purtroppo non possono essere restituiti.

- Completa tutte le sezioni idonee per la domanda e assicurati di firmare la dichiarazione giurata presente a pagina 4.
- Includi una copia della patente di guida, altre foto di identificazione o documenti che verificano la tua residenza attuale. Qualsiasi cosa presentata deve includere il tuo nome e l'indirizzo corrente.
- Includi una copia della carta di assicurazione.
- Includi una forma di verifica del reddito:
 - Includi una copia della o delle tue ultime dichiarazioni dei redditi o delle buste paga (4 se pagate settimanalmente, 2 se pagate ogni due settimane)
 - Se vi è stato un cambiamento recente del reddito, includi la documentazione come la dichiarazione di disoccupazione, le dichiarazioni bancarie/investimenti, le dichiarazioni di assistenza a lungo termine, i rendiconti pensionistici e/o le dichiarazioni sulla previdenza sociale.
- Se il paziente è deceduto, si prega di fornire una copia del certificato di morte e una lettera indicante lo status dell'eredità.

Consulenti Finanziari:

Per ottenere assistenza nel completamento della tua candidatura contatta il **781-338-7111** per prenotare un appuntamento con uno dei Consulenti Finanziari dell'Hallmark Health. I Consulenti Finanziari si trovano presso: il Melrose-Wakefield Hospital, 585 Lebanon Street, 1° piano vicino l'ingresso della Porter Street, il Melrose o il Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, nei pressi del Dipartimento di Emergenza, Medford.

Si Prega di Inviare la tua Domanda Compilata a:

Hallmark Health
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Parte 1: Informazioni del Paziente		
Nome del Paziente:		
Data di nascita del Paziente:	Tessera Sanitaria del Paziente:	Telefono:
Indirizzo attuale:		
Città:	Stato:	Codice Postale:
Sei un cittadino degli Stati Uniti? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se NO, risiedi permanentemente e legalmente negli Stati Uniti? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Informazioni del Richiedente (se differenti da quelle del Paziente di cui sopra)		
Il richiedente è sia il paziente che la persona finanziariamente responsabile per il paziente.		
Nome del Richiedente:		
Indirizzo attuale del Richiedente:		
Città:	Stato:	Codice Postale:
Telefono del Richiedente:		
Informazioni sul Nucleo Familiare del Paziente		
Lista di tutti i membri familiari, la loro data di nascita e le relazioni con il richiedente. Un membro della famiglia è una persona che è correlata alla tua vita o vive con te per un anno intero e che indichi nella tua dichiarazione dei redditi.		
Membro 1:		
Data di Nascita:	Relazione con il Paziente:	
Membro 2:		
Data di Nascita:	Relazione con il Paziente:	
Membro 3:		
Data di Nascita:	Relazione con il Paziente:	
Membro 4:		
Data di Nascita:	Relazione con il Paziente:	
Membro 5:		
Data di Nascita:	Relazione con il Paziente:	
Parte 2: Informazioni di Assicurazione del Paziente		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hai presentato una domanda Medicaid negli ultimi (6) mesi?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hai una domanda Medicaid in attesa o approvata?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO La tua domanda Medicaid è stata rifiutata?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hai un'assicurazione sanitaria?		
Informazioni Principali sull'Assicurazione:		
Nome dell'Assicurazione:		
Indirizzo dell'Assicurazione:		
Polizza/Documento di Identità #::	Gruppo #:	
Nome dell'Abbonato::		
Data di Nascita dell'Abbonato:	Relazione con l'Abbonato:	
Datore dell'Abbonato:	Data Effettiva:	
Informazioni Secondarie sull'Assicurazione		
Nome dell'Assicurazione:		
Indirizzo dell'Assicurazione:		
Polizza/Documento di Identità #:	Gruppo #:	
Abbonato:	Data di Nascita dell'Abbonato:	
Relazione con l'Abbonato:	Datore dell'Abbonato:	
Data Effettiva:		

Parte 3: Reddito Lordo Mensile e Beni

Si prega di completare questa parte in merito al reddito da lavoro e i beni del paziente e di ogni membro familiare che lavora, elencati nella Sezione 1. Si prega di elencare il reddito lordo, che è il reddito prima delle imposte e delle deduzioni.

	Paziente	Membro 1	Membro 2	Membro 3	Membro 4	Membro 5
Salari/Stipendio/Mance						
Indennità di Disoccupazione						
Previdenza Sociale						
Mantenimento+ Alimenti						
Reddito Autonomo, dopo le Imposte						
Interessi/Reddito da Dividendi						
Pensione						
IRA/Azioni/Obbligazioni						
Entrata da Affitto						
Pagamenti di fiducia						
Compenso dei Lavoratori						
Vantaggio Veterani						

Mancanza di Dichiarazione di Reddito

SI NO Se il reddito familiare è zero, c'è qualcuno che ti mantiene?

Se hai risposto SI, e sei finanziariamente mantenuto da un'altra persona, si prega di riportarlo di seguito.

Nome del Paziente: _____, allo stato attuale non possiede reddito. Al momento lo sto mantenendo con cibo, riparo e vestiario necessario. Inoltre gli offro aiuto finanziario con una somma media di _____ al mese.

Firma del Donatore di Supporto: _____ Data: _____

Patrimonio Familiare

Elenca qualsiasi informazione di conto corrente o di libretto di risparmio qui di seguito.

Tipo di Conto	Istituzione Bancaria	Saldo dal _____

Altri Valori Familiari Contabili

Elenca le informazioni che possiedi per ciascuno dei seguenti tipi di conto.

Tipo di Conto	Istituzione Bancaria	Saldo dal _____
Azioni/Obbligazioni		
Certificato di Deposito		
Titoli di Risparmio Americani		
Conto di Risparmio Sanitario		
Certificato di Risparmio		
Club di Natale o di Vacanze		
Altro		

Parte 4: Difficoltà Sanitarie

Questa sezione potrebbe non essere applicabile a te. Compila questa sezione se hai fatture mediche significative. Elenca tutte le spese sanitarie dell'Hallmark Health e di altri fornitori. Una documentazione può essere richiesta ma non è necessaria in questo momento.

Nome del Fornitore	Spese Sanitarie Totali	Quanto Spesso Si Verifica il Costo?		
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente	<input type="checkbox"/> Mensilmente	<input type="checkbox"/> Annualmente
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente	<input type="checkbox"/> Mensilmente	<input type="checkbox"/> Annualmente
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente	<input type="checkbox"/> Mensilmente	<input type="checkbox"/> Annualmente
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente	<input type="checkbox"/> Mensilmente	<input type="checkbox"/> Annualmente
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente	<input type="checkbox"/> Mensilmente	<input type="checkbox"/> Annualmente

Parte 5: DICHIARAZIONE GIURATA – TUTTI I RICHIEDENTI DEVONO FIRMARE

Tutti i richiedenti **DEVONO** firmare la dichiarazione giurata qui di seguito affinché la domanda venga considerata.

Giuro e confermo che tutte le informazioni indicate in questo modulo sono vere, corrette e complete, al meglio delle mie capacità, conoscenze e credo. Accetto di comunicare all'Hallmark Health qualsiasi cambiamento di reddito, risorse finanziarie o altre informazioni indicate in questo modulo che potrebbero influenzare la mia idoneità nel ricevere assistenza finanziaria dall'Hallmark Health. Sono a conoscenza del fatto che le mie informazioni di credito e altre informazioni finanziarie possono essere riferite per verificare la mia dichiarazione e l'idoneità al programma. Sono a conoscenza del fatto che ho trenta (30) giorni per presentare documenti di supporto accurati e necessari da prendere in considerazione per uno sconto.

Dichiarazioni fraudolente da parte del paziente al fine di ottenere assistenza finanziaria saranno trasmesse all'ufficio del procuratore generale del Massachusetts. I pazienti che falsificano la domanda non saranno più ammessi al programma e saranno responsabili di tutte le spese sostenute durante l'iscrizione al programma in modo retroattivo al primo giorno in cui le spese sono state sostenute nell'ambito del programma.

Firma del Richiedente: _____ Data: _____

DICHIARAZIONE GIURATA – APPLICABILE SOLO SE IL CONIUGE DEL RICHIEDENTE FA RICHIESTA

Se anche il coniuge del richiedente fa domanda di assistenza finanziaria, **DEVE** firmare la dichiarazione giurata qui di seguito affinché la domanda venga presa in considerazione.

Giuro e confermo che tutte le informazioni indicate in questo modulo sono vere, corrette e complete, al meglio delle mie capacità, conoscenze e credo. Accetto di comunicare all'Hallmark Health qualsiasi cambiamento di reddito, risorse finanziarie o altre informazioni indicate in questo modulo che potrebbero influenzare la mia idoneità nel ricevere assistenza finanziaria dall'Hallmark Health. Sono a conoscenza del fatto che le mie informazioni di credito e altre informazioni finanziarie possono essere riferite per verificare la mia dichiarazione e l'idoneità al programma. Sono a conoscenza del fatto che ho trenta (30) giorni per presentare documenti di supporto accurati e necessari da prendere in considerazione per uno sconto.

Le dichiarazioni fraudolente da parte del paziente al fine di ottenere assistenza finanziaria saranno trasmesse all'ufficio del procuratore generale del Massachusetts. I pazienti che falsificano la domanda non saranno più ammessi al programma e saranno responsabili di tutte le spese sostenute durante l'iscrizione al programma in modo retroattivo al primo giorno in cui le spese sono state sostenute nell'ambito del programma.

Firma del Coniuge del Richiedente: _____ Data: _____