

Domanda per l'Assistenza finanziaria

MelroseWakefield Healthcare si impegna a fornire le migliori cure possibili per ciascun paziente. Tramite la sua Politica per l'Assistenza finanziaria, MelroseWakefield Healthcare offre assistenza finanziaria a pazienti che non sono in grado di pagare le cure urgenti o clinicamente necessarie. L'assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare non è concepita per coprire cure non di emergenza, non urgenti. Non è intesa a fornire sconti su co-pagamenti di assicurazione, co-assicurazione, o importi detraibili.

I pazienti con mezzi economici a loro disposizione sono tenuti a pagare per i servizi prestati da MelroseWakefield Healthcare. La possibilità di assistenza finanziaria è tuttavia richiedibile. I pazienti sono vivamente incoraggiati a fare domanda per i programmi governativi di assistenza disponibili, quali MassHealth o Health Safety Net, prima di fare richiesta presso il programma di assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare. L'omissione della richiesta ai programmi di assistenza governativa per i quali si è potenzialmente idonei potrebbe portare ad un ritardo o al rifiuto della richiesta. Se necessitate di aiuto per fare domanda per i programmi governativi di assistenza, uno dei nostri consulenti finanziari presso MelroseWakefield Healthcare può essere di aiuto.

La vostra idoneità ai programmi di assistenza finanziaria dipenderà dall'accuratezza nel completare la richiesta di assistenza finanziaria.

Istruzioni per la domanda

Si prega di completare la richiesta di assistenza finanziaria in tutte le sue parti, e di allegare copie dei seguenti documenti per tutti i richiedenti. La mancata presentazione di tutti i documenti necessari entro 30 giorni porterà all'annullamento della richiesta. Si prega di allegare copie dei documenti, dato che purtroppo non è possibile renderli.

- Completare tutti i campi della richiesta e assicurarsi di firmare la dichiarazione di affidavit a pagina 4.
- Allegare copia della patente, altre foto identificative o documenti che attestino l'attuale indirizzo di residenza. Ogni documento deve includere nome e indirizzo attuale.
- Allegare copia della/e carte assicurative.
- Allegare documenti che attestino tutte le fonti di reddito:
 - Allegare copia del più recente W2 o buste paga (4 se settimanali, 2 se bi-settimanali)
 - In caso di modifiche recenti del reddito, allegare documentazione come attestati di disoccupazione, estratti conto bancari/ di investimenti, attestati di cure a lungo termine, attestati di pensione e /o attestati della Previdenza Sociale.
- In caso di decesso del paziente, si prega di fornire copia del certificato di morte e una lettera che certifichi lo status del patrimonio.

Consulenti finanziari:

Per l'assistenza nel completare la richiesta, si prega di contattarci al **781-338-7111** per fissare un appuntamento con uno dei consulenti finanziari di MelroseWakefield Healthcare. I consulenti finanziari sono presso: MelroseWakefield Hospital, 585 Lebanon Street, 1. Piano presso l'entrata di Porter Street a Melrose o Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, vicino al reparto Emergenza a Medford.

Si prega di inviare la domanda compilata a:

MelroseWakefield Healthcare
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Parte I: Informazioni sul paziente		
Nome del paziente:		
Data di nascita del paziente:	SSN (Nr di prrevidenza sociale) del paziente:	Telefono:
Indirizzo attuale:		
Città:	Stato:	Codice CAP / ZIP:
È un Cittadino degli Stati Uniti? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
Se NO, è un residente permanente, con residenza legale negli Stati Uniti? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
Informazioni sul richiedente (se diverso dalle informazkioni del paziente qui sopra riportate)		
Il richiedente è il paziente oppure una persona finanziariamente responsabile per il paziente.		
Nome del richiedente:		
Indirizzo attuale del richiedente:		
Città:	Stato:	Codice CAP / ZIP:
Telefono del richiedente:		
Stato di famiglia del paziente		
Elencare tutti i membri di famiglia, la loro data di nascita e la relazione con il richiedente. Un membro di famiglia è una persona che ha un rapporto familiare con voi o vive con voi tutto l'anno come membro residente in casa, e che viene citato nella dichiarazione dei redditi.		
Membro della famiglia 1:		
Data di nascita:	Relazione con il paziente:	
Membro della famiglia 2:		
Data di nascita:	Relazione con il paziente:	
Membro della famiglia 3:		
Data di nascita:	Relazione con il paziente:	
Membro della famiglia 4:		
Data di nascita:	Relazione con il paziente:	
Membro della famiglia 5:		
Data di nascita:	Relazione con il paziente:	
Parte 2: Informazioni sull'assicurazione del paziente		
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Ha inoltrato una richiesta a Medicaid negli ultimi sei (6) mesi?		
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Ha una richiesta in corso o approvata da Medicaid?		
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Le è stata negata una richiesta fatta a Medicaid?		
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Dispone di assicurazione medica?		
Informazioni sull'Assicurazione primaria:		
Nome dell'Assicurazione:		
Indirizzo dell'Assicurazione:		
Polizza/ID #:	Gruppo #:	
Nome dell'intestatario::		
Data di nascita dell'intestatario:	Relazione con l'intestatario:	
Datore di lavoro dell'intestatario:	Data di validità:	
Informazioni sull'Assicurazione secondaria		
Nome dell'Assicurazione:		
Indirizzo dell'Assicurazione:		
Polizza/ID #:	Gruppo #:	
Intestatario:	Data di nascita dell'intestatario:	
Relazione con l'intestatario:	Datore di lavoro dell'intestatario:	
Data di validità:		

Parte 3: Reddito lordo mensile e patrimonio						
Si prega di completare questa parte sul reddito guadagnato e sul patrimonio per il paziente e per ogni membro del nucleo familiare elencato in Sezione 1 che lavora. Citare il reddito lordo, che è costituito dal reddito prima delle tasse e delle detrazioni.						
	Paziente	Membro 1 della famiglia	Membro 2 della famiglia	Membro 3 della famiglia	Membro 4 della famiglia	Membro 5 della famiglia
Stipendio/Salario/Mance						
Sussidio di disoccupazione						
Previdenza Sociale						
Alimenti + contributi figli						
Reddito da lavoro indipendente, dopo le spese						
Reddito da interessi/dividendi						
Pensione						
IRA/Stock/Azioni						
Reddito da affitto						
Pagamenti da fondi						
Sussidio da infortunio						
Benefits Veterani						
Dichiarazione di mancanza di reddito						
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Se il reddito familiare è pari a zero, c'è qualcuno che vi mantiene?.						
Se ha risposto sì a quanto sopra, ed è mantenuto economicamente da altri, si prega di far completare e firmare da tale persona la seguente dichiarazione						
Nome del paziente: _____, non dispone attualmente di reddito. Sto attualmente mantenendolo/a con cibo, alloggio e vestiario necessario. Presto anche aiuto finanziario per un importo medio di \$ _____ al mese.						
Firma della persona di supporto: _____ Data: _____						
Patrimonio domestico						
Elencare qui di seguito tutte le informazioni su conti bancari o di risparmio.						
Tipo di conto		Istituto bancario		Saldo al _____		
Altre risorse economiche del nucleo familiare						
Elencare le informazioni disponibili per tutti i tipi di conto.						
Tipo di conto		Istituto bancario		Saldo al _____		
Stock/Azioni						
Certificato di deposito						
US Savings Bonds						
Libretto di risparmio per la salute						
Certificato di risparmio						
Clubs Natale o vacanze						
Altro						

Parte 4: Avversità mediche

Questa sezione potrebbe non riguardarvi. Si prega di completare questa sezione in caso di considerevoli fatture mediche. Elencare tutte le spese per la salute presso MelroseWakefield Healthcare e altri fornitori. Potrebbe essere richiesta della documentazione ma non in questa fase.

Nome del fornitore	Totale delle spese mediche	Con quale frequenza ci sono queste spese?		
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale

Parte 5: AFFIDAVIT – TUTTI I RICHDENTI DEVONO FIRMARE

Tutti i richiedenti **DEVONO** firmare l'affidavit affinché la loro richiesta venga presa in considerazione.

Io giuro e dichiaro che tutte le informazioni contenute in questo modulo sono vere, corrette e complete al meglio delle mie capacità e conoscenze e convinzioni. Accetto di notificare a MelroseWakefield Healthcare tutti i cambiamenti di reddito, risorse finanziarie e altre informazioni riportate su questo modulo tali che potrebbero influire sulla mia idoneità nel ricevere assistenza finanziaria presso MelroseWakefield Healthcare. Riconosco che il mio credito e altre informazioni di tipo finanziario potrebbero essere vagliate per verificare la mia dichiarazione e la mia idoneità al programma. Riconosco di avere trenta (30) giorni per presentare precisa e necessaria documentazione per essere considerato/a per uno sconto.

Le dichiarazioni fraudolente del paziente allo scopo di ottenere assistenza finanziaria verranno inoltrate all'ufficio del Procuratore Generale del Massachusetts. I pazienti che falsificano la domanda per il programma non saranno più considerati idonei al programma e dovranno farsi retroattivamente carico di tutte le spese incorse mentre sono stati parte del programma, dal primo giorno delle spese incorse.

Firma del richiedente: _____ Data: _____

AFFIDAVIT – DA SOTTOSCRIVERE SOLO SE LA RICHIESTA E' FATTA DAL CONIUGE

Se anche il coniuge del richiedente sta facendo domanda per assistenza finanziaria, il coniuge dell'richiedente **DEVE** firmare l'affidavit qui sotto affinché la loro domanda venga presa in considerazione.

Io giuro e dichiaro che tutte le informazioni contenute in questo modulo sono vere, corrette e complete al meglio delle mie capacità e conoscenze e convinzioni. Accetto di notificare a MelroseWakefield Healthcare tutti i cambiamenti di reddito, risorse finanziarie e altre informazioni riportate su questo modulo tali che potrebbero influire sulla mia idoneità nel ricevere assistenza finanziaria presso MelroseWakefield Healthcare. Riconosco che il mio credito e altre informazioni di tipo finanziario potrebbero essere vagliate per verificare la mia dichiarazione e la mia idoneità al programma. Riconosco di avere trenta (30) giorni per presentare precisa e necessaria documentazione per essere considerato/a per uno sconto.

Le dichiarazioni fraudolente del paziente allo scopo di ottenere assistenza finanziaria verranno inoltrate all'ufficio del Procuratore Generale del Massachusetts. I pazienti che falsificano la domanda per il programma non saranno più considerati idonei al programma e dovranno farsi retroattivamente carico di tutte le spese incorse mentre sono stati parte del programma, dal primo giorno delle spese incorse.

Firma del coniuge del richiedente: _____ Data: _____