

**UNIVERSITY HOSPITALS - RICHIESTA DI SOSTEGNO FINANZIARIO**

Se ritiene di possedere i requisiti per il sostegno finanziario, compili questo modulo. Perché venga preso in considerazione, è necessario compilare il modulo in ogni sua parte e apporre la firma in calce.

In caso di dubbi o domande riguardanti la compilazione di questo modulo o per assistenza nella compilazione, **ci contatti al numero (866) 771-7266 oppure si rechi presso una struttura UH.**

Nome paziente: \_\_\_\_\_ Data di nascita paziente: \_\_\_\_\_ Data prestazione: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_ Stato civile: \_\_\_\_\_ N. conto: \_\_\_\_\_  
 Città: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Struttura di ricovero: \_\_\_\_\_  
 Stato: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Alla data della prestazione ricevuta era residente in Ohio?  Sì  No

Possiede un'assicurazione sanitaria che copre queste prestazioni?  Sì  No *Se sì, inserisca di seguito le informazioni e alleggi una copia della tessera assicurativa*

Nome della compagnia assicurativa: \_\_\_\_\_ N. polizza \_\_\_\_\_ N. gruppo: \_\_\_\_\_

Ha diritto alla copertura COBRA?  Sì  No

Gode di prestazioni Medicaid?  Sì  No *Se sì, inserisca il n. di fatturazione \_\_\_\_\_ e alleggi una copia della tessera Medicaid*

Possiede un  Piano di rimborso sanitario (HRA)  Conto di risparmio sanitario (HSA)  Conto spesa flessibile (FSA)

Elenchi di seguito tutti i membri del suo nucleo familiare. Includa genitori, coniugi (indipendentemente dal fatto che vivano oppure no nella stessa casa) e figli (naturali o adottivi) minori di 18 anni che vivono nella stessa casa del/della paziente. Includa copie di documenti per la verifica dei redditi, come buste paga, accertamenti della previdenza sociale, indennizzi per infortuni sul lavoro, dichiarazioni dei redditi oppure contatti un consulente finanziario UH per discutere degli altri documenti che può fornire per dimostrare l'idoneità.

Paziente e componenti del nucleo familiare	Età	Relazione con il/la paziente	Fonte di reddito o nome datore di lavoro	Reddito nei 3 mesi precedenti la data della prestazione	Reddito nei 12 mesi precedenti la data della prestazione
Paziente -		se stesso/stessa			
2.					
3.					
4.					
5.					

Se ha indicato un reddito di \$0.00, fornisca una breve spiegazione dei mezzi che lei (o il/la paziente) ha utilizzato per sopravvivere economicamente durante il periodo richiesto sopra.

Possiedo anche fatture delle seguenti sedi UH: CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

Apponendo la mia firma in calce, certifico che le risposte fornite in questo modulo corrispondono a verità, sulla base delle informazioni in mio possesso. Sono consapevole che è illegale fornire deliberatamente informazioni false per ottenere benefici governativi. Sono inoltre consapevole che altre parti potrebbero fare affidamento sulle informazioni qui fornite e pertanto le autorizzo a farne uso.

Firma del responsabile: X \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma del rappresentante UH: X \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:** #in HH \_\_\_\_\_ 3mo TTL \_\_\_\_\_ 12 mo TTL \_\_\_\_\_ FPL \_\_\_\_\_  HCAP  UCAP  AGB  M

Medical Record No: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

# University Hospitals

## SPESE NECESSARIE DAL PUNTO DI VISTA MEDICO SOSTENUTE NELL'ANNO CIVILE PRECEDENTE

Questo modulo è usato per identificare le spese vive necessarie dal punto di vista medico e stabilire se si ha diritto ad un ulteriore sostegno economico in base alla Politica di sostegno finanziario UH.

COMPILI SOLO SE LEI È UN/UNA PAZIENTE NON ASSICURATO/A IN CERCA DI SOSTEGNO O SE NON È ASSICURATO/A E IL SUO REDDITO SUPERA IL 250% DELLA SOGLIA DI POVERTÀ FEDERALE

Elenchi tutti i servizi ospedalieri, medici e farmaceutici per i quali ha oneri risultanti dall'anno precedente. Per tutte le spese va inserita la descrizione delle prestazioni fornita dall'assicurazione.

<u>FORNITORE DI SERVIZI</u>	<u>DATA PRESTAZIONE</u>	<u>DOVUTO DAL/DALLA PAZIENTE</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

**TOTALE DOVUTO DAL/DALLA PAZIENTE IN QUEST'ANNO CIVILE** \_\_\_\_\_

Per eventuali domande su come compilare questo modulo, Ci contatti al numero (866) 771-7266

**Invii il modulo compilato a University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122**

**FOR OFFICE USE ONLY:** FPL \_\_\_\_\_  10  15  20  25  NOT QUALIFIED Date Completed: \_\_\_\_\_