

**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 (216) 844-8299 o (800) 859-5906 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 copra 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  Conto di risparmio sanitario  Conto spesa flessibile

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 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 paziente	Fonte di reddito o nome datore di lavoro	Reddito nei 3 mesi precedenti la data della	Reddito nei 12 mesi precedenti la data della prestazione
Paziente -		se stesso			
2.					
3.					
4.					
5.					

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

Possiedo anche fatture delle seguenti sedi UH:  CMC  AHUJA  RH RICHMOND  RH BEDFORD  GEAUGA  GENEVA  CONNEAUT  PORTAGE  
 ST JOHN  ELYRIA  PARMA  SAMARITAN  UH MEDICAL GROUP

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

## SPESE NECESSARIE DAL PUNTO DI VISTA MEDICO SOSTENUTE NELL'ANNO CIVILE 2016

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 PAZIENTE NON ASSICURATO IN CERCA DI SOSTEGNO O SE NON È ASSICURATO 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 dalle date di prestazione 2016. 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 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
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

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

Per eventuali domande su come compilare questo modulo, ci contatti al numero (216) 844-8299 oppure (800) 859-5906

Invii il modulo compilato a University Hospitals, Customer Service Center, 20800 Harvard Ave, Beachwood, OH 44122

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