

[Date]

Gentile paziente/richiedente,

Henry Ford Health fonda il proprio operato sulla compassione e si impegna a fornire cure personalizzate a tutte le persone, in particolare a chi ha più bisogno. Offrire assistenza finanziaria ai pazienti è per noi una missione e un privilegio. Tale assistenza finanziaria è disponibile solo in caso di emergenza e di prestazioni sanitarie necessarie. La ringraziamo per aver scelto di affidare a noi il compito di soddisfare le sue esigenze sanitarie e quelle della sua famiglia.

Avendo ricevuto la sua richiesta, le inviamo questa lettera e la domanda di assistenza finanziaria in allegato. Qualora non ne avesse fatto richiesta, la preghiamo di non tenerne conto. Altrimenti, compili entrambi i lati del modulo, aggiungendo la sua firma e la data prima di inviarlo. Le chiediamo di avvisarci qualora negli ultimi sei mesi abbia presentato una domanda per la quale è stata approvata l'assistenza finanziaria, poiché potrebbe non essere necessario inviarne un'altra. Al contrario, non possiamo tenere in considerazione una domanda presentata da più di sei mesi.

Inoltre, deve fornire documenti che attestino i suoi redditi familiari e tutti i beni di proprietà di ciascun membro della sua famiglia.

#### **Alcuni esempi di giustificativi dei redditi e dei beni di proprietà:**

- copie delle ultime tre buste paga ricevute dal datore di lavoro;
- copia dell'ultima dichiarazione dei redditi (i lavoratori autonomi devono allegare tutti i prospetti contabili);
- documentazione relativa al proprio ente previdenziale e/o che attesti la concessione di una pensione di anzianità;
- copia dell'ultima dichiarazione dei redditi di un genitore o un tutore, nel caso in cui la persona richiedente ne sia fiscalmente a carico e abbia meno di 25 anni;
- copia del ricevimento di prestazioni di disoccupazione;
- approvazione/rifiuto dell'idoneità al ricevimento di forme di assistenza medica pubblica o privata;
- altri documenti giustificativi dei redditi.

#### **Alcuni esempi di giustificativi dei beni di proprietà:**

- estratti conto bancari (conti correnti e di risparmio) relativi agli ultimi tre mesi;
- investimenti, comprese azioni e obbligazioni;
- fondi fiduciari;
- conti del mercato monetario;
- fondi comuni.

Se riceve assistenza o convive con familiari o amici, chieda loro di compilare il modulo in allegato dal titolo "Lettera di sostegno". Ciò non implica che siano responsabili delle sue spese mediche, piuttosto contribuisce a dimostrare che lei è in grado di far fronte al suo sostentamento. Se non riceve assistenza da familiari e amici, non deve compilare questo modulo.

Infine, possiamo inserire le sue spese mediche in sospeso tra i requisiti da soddisfare per ricevere assistenza finanziaria. Se desidera che vengano prese in considerazione, fornisca dei documenti che attestino le sue spese mensili per cure mediche e farmaci, come fatture in corso ed estratti conto. **Le**

**ricordiamo che la richiesta può essere presa in considerazione solo nel caso in cui siano presenti: 1) la domanda compilata, 2) i giustificativi dei redditi, 3) le attestazioni dei beni di proprietà e 4) le eventuali spese mediche in sospeso. Non possiamo elaborare o tenere in considerazione domande non complete.**

Nell'invviare la domanda tenga presente che le comunicazioni via e-mail o su internet non sono sicure. Seppure improbabile, è possibile che le informazioni contenute in un'e-mail vengano intercettate e lette da altre parti oltre alla persona cui l'email è indirizzata. Desideriamo proteggere le sue informazioni personali e assicurarci che rimangano al sicuro. Poiché la domanda contiene il suo codice fiscale e altre informazioni private, la invitiamo a non inviarla via e-mail.

**Le chiediamo di stampare e spedire o di consegnare a mano la domanda compilata e i documenti giustificativi al seguente indirizzo:**

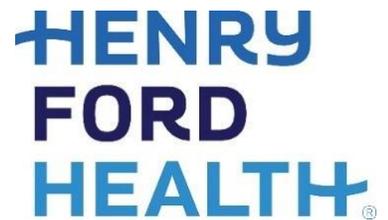
| <b>Facility/Office where service was provided</b> | <b>Mail Completed Applications to:</b>       |
|---|--|
| Henry Ford Rochester Hospital                     | 9250 Reliable Parkway, Chicago IL 60686-0001 |
| Henry Ford SEMI Medical Group                     | PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240         |

Siamo a sua disposizione e vogliamo assicurarci che i pazienti idonei ricevano l'assistenza sanitaria. Se ha delle domande su questa richiesta, sui documenti giustificativi necessari o sul modo migliore per inviarla, chiami uno dei nostri Rappresentanti per i pazienti al numero 877-348-7072.

Distinti saluti,

Servizi finanziari per i pazienti di  
Henry Ford Health

# Modulo per la domanda di assistenza finanziaria



## Informazioni sul paziente

(Si prega di stampare; tutti i campi devono essere compilati. Indicare N/D se non applicabile a nessuna riga della domanda)

Data \_\_\_\_\_ Numero di conto \_\_\_\_\_ Nome dell'ospedale \_\_\_\_\_  
Nome (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo postale \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Numero di previdenza sociale (facoltativo) \_\_\_\_\_  
Datore di lavoro \_\_\_\_\_ Stato occupazionale \_\_\_\_\_  
Numero di ore lavorate a settimana \_\_\_\_\_ Numero di telefono del datore di lavoro \_\_\_\_\_

## Dati del soggetto responsabile/informazioni del tutore legale

(Se il paziente indicato sopra è il soggetto responsabile, lasciare questa sezione vuota.)

Nome (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo postale \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Numero di previdenza sociale (facoltativo) \_\_\_\_\_  
Datore di lavoro \_\_\_\_\_ Stato occupazionale \_\_\_\_\_  
Numero di ore lavorate a settimana \_\_\_\_\_ Numero di telefono del datore di lavoro \_\_\_\_\_

## DATI DEL CONIUGE DEL SOGGETTO RESPONSABILE

(Se il paziente è il soggetto responsabile, compilare con le informazioni del coniuge del paziente.)

Nome (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo postale \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Numero di previdenza sociale (facoltativo) \_\_\_\_\_  
Datore di lavoro \_\_\_\_\_ Stato occupazionale \_\_\_\_\_  
Numero di ore lavorate a settimana \_\_\_\_\_ Numero di telefono del datore di lavoro \_\_\_\_\_

## Persone a carico del soggetto responsabile

(Se il paziente è il soggetto responsabile, compilare con le informazioni del coniuge del paziente.)

Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Legame con il soggetto responsabile \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Legame con il soggetto responsabile \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Legame con il soggetto responsabile \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Legame con il soggetto responsabile \_\_\_\_\_  
Numero di adulti e bambini che vivono nel nucleo familiare \_\_\_\_\_

## Reddito mensile

(Indicare l'importo in dollari per ciascuna voce indicata di seguito. Fornire l'importo mensile per ciascun elemento.)

Reddito operativo del richiedente \_\_\_\_\_

Reddito del coniuge del richiedente \_\_\_\_\_

Prestazioni previdenziali \_\_\_\_\_

Reddito da pensione \_\_\_\_\_

Reddito per disabilità \_\_\_\_\_

Indennità di disoccupazione \_\_\_\_\_

Indennizzi per infortuni sul lavoro \_\_\_\_\_

Reddito da interessi/dividendi \_\_\_\_\_

Mantenimento per minori ricevuto \_\_\_\_\_

Alimenti ricevuti \_\_\_\_\_

Reddito da proprietà in affitto \_\_\_\_\_

Buoni alimentari \_\_\_\_\_

Ricezione distribuzione fondo fiduciario \_\_\_\_\_

Altro reddito \_\_\_\_\_

Altro reddito \_\_\_\_\_

**Altro reddito mensile lordo totale in dollari** \_\_\_\_\_

## SPESE MENSILI ORDINARIE

Mutuo/affitto \_\_\_\_\_

Utenze \_\_\_\_\_

Telefono (linea fissa) \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Spesa/alimenti \_\_\_\_\_

TV via cavo/internet/TV satellitare \_\_\_\_\_

Rata dell'auto \_\_\_\_\_

Servizi per l'infanzia \_\_\_\_\_

Mantenimento figli/alimenti \_\_\_\_\_

Carte di credito \_\_\_\_\_

Spese mediche/ospedaliere \_\_\_\_\_

Assicurazione auto \_\_\_\_\_

Assicurazione abitazione/proprietà \_\_\_\_\_

Assicurazione medica/sanitaria \_\_\_\_\_

Assicurazione sulla vita \_\_\_\_\_

Altra spesa mensile \_\_\_\_\_

**Spese mensili totali in dollari** \_\_\_\_\_

## BENI

Denaro/risparmi/conti correnti \_\_\_\_\_

Azioni/obbligazioni/investimenti/certificati di deposito \_\_\_\_\_

Altri immobili/residenze secondarie \_\_\_\_\_

Barca/camper/moto/roulotte \_\_\_\_\_

Automobili da collezione/automobili non essenziali \_\_\_\_\_

Altri beni \_\_\_\_\_

Con la presente dichiaro che i dati di cui sopra sono corretti e completi in base alle informazioni in mio possesso. Autorizzo l'ospedale a richiedere informazioni presso agenzie esterne di fornitura di dati finanziari nel caso in cui lo stesso lo ritenga necessario.

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Commenti** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Lettera di supporto

Numero di cartella clinica del paziente/numero di conto \_\_\_\_\_

Nome del sostenitore \_\_\_\_\_

Legame con il paziente/richiedente \_\_\_\_\_

Indirizzo del sostenitore \_\_\_\_\_

Ad Henry Ford Health:

La presente lettera è per informare che (nome del paziente) \_\_\_\_\_ riceve un reddito ridotto o inesistente e che il sottoscritto lo assiste nelle spese di sostentamento. Egli non detiene nessun obbligo nei miei confronti.

Firmando questa dichiarazione, dichiaro che le informazioni fornite sono vere in base ai dati in mio possesso.

Firma del sostenitore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_