

## Istruzioni per il modulo di domanda di assistenza a titolo benefico /assistenza finanziaria

La presente è una domanda di assistenza finanziaria (nota anche come assistenza sanitaria prestata a titolo benefico) a St Joseph Health.

**Il diritto federale e statale impone a tutti gli ospedali di fornire assistenza finanziaria** a persone e famiglie che soddisfano determinati requisiti relativi al reddito. Lei potrebbe aver diritto all'assistenza gratuita o all'assistenza a prezzo ridotto sulla base delle dimensioni del Suo nucleo familiare e del Suo reddito, anche se dispone di una polizza di assicurazione sanitaria. Per visualizzare la nostra politica di assistenza finanziaria e le linee guida basate su una scala graduale, visiti il sito web specifico dell'ospedale all'indirizzo <https://www.stjhs.org>.

**Cosa è coperto dall'assistenza finanziaria?** L'assistenza finanziaria medica copre l'assistenza ospedaliera necessaria dal punto di vista clinico fornita da uno dei nostri ospedali, a seconda della Sua idoneità. L'Assistenza finanziaria potrebbe non coprire tutti i costi dell'assistenza sanitaria, ad inclusione dei costi per i servizi forniti da altre organizzazioni.

**In caso di dubbi o se ha bisogno di assistenza per la compilazione della presente domanda:** Le nostre politiche di assistenza finanziaria, le informazioni sui programmi e i moduli di domanda sono disponibili sul nostro sito web o per telefono. È possibile ottenere assistenza per qualsiasi ragione, comprese disabilità e assistenza linguistica. Documenti scritti tradotti disponibili su richiesta.

Ecco come contattarci: <https://www.stjhs.org/our-programs/patient-financial-assistance>

Rappresentanti dell'assistenza clienti al numero: 707-525-5228

### **Affinché la Sua domanda possa essere elaborata, è necessario:**

- Fornirci informazioni riguardo alla Sua famiglia**  
Indichi il numero dei membri del Suo nucleo familiare (il termine "nucleo familiare" comprende persone imparentate dalla nascita, per matrimonio o adozione che convivono)
- Fornirci informazioni sul reddito mensile lordo della Sua famiglia (reddito al lordo di imposte e deduzioni) incluse buste paga, moduli W-2, dichiarazioni dei redditi, lettere di riconoscimento della previdenza sociale, ecc.**  
(per ulteriori esempi, consulti la sezione Reddito della domanda di assistenza finanziaria)
- Fornirci documentazione relativa al reddito familiare e dichiarare i beni posseduti**
- Allegare informazioni supplementari secondo quanto necessario**
- Firmare e datare il modulo dell'assistenza finanziaria**

**N.B.: Non è necessario che ci fornisca un numero della previdenza sociale (SSN) per fare domanda di assistenza finanziaria.** Se ci fornisce il Suo numero della previdenza sociale (SSN) ci aiuterà a rendere più rapida l'elaborazione della Sua domanda. I numeri di previdenza sociale vengono utilizzati per verificare le informazioni forniteci. Se non ha un numero di previdenza sociale, indichi "not applicable" o "NA".

**Inviare la domanda completata con tutta la documentazione a:** Santa Rosa Memorial Hospital, ATTN: Financial Assistance, P.O. Box 4119, Santa Rosa, CA 95402. Si assicuri di conservarne una copia per sé.

**Per presentare di persona la domanda compilata:** Portarla al Business Office (Ufficio Commerciale).

Entro 30 giorni dal ricevimento di una domanda di assistenza finanziaria completa, comprendente la documentazione del reddito, Le comunicheremo la decisione finale sull'idoneità e sull'eventuale diritto di ricorso.

Inviando una domanda di assistenza finanziaria, Lei acconsente a che noi effettuiamo le indagini necessarie per confermare gli obblighi finanziari e le informazioni forniteci.

**Vogliamo aiutarLa. La preghiamo di inviare tempestivamente la domanda!  
Potrà continuare a ricevere le fatture fino a quando non avremo ricevuto le Sue informazioni.**

## Modulo di domanda di assistenza sanitaria prestata a titolo benefico/assistenza finanziaria - riservato

Compilare tutte le informazioni in modo completo. Se qualcosa non è pertinente, scrivere "NA". Se necessario, allegare pagine supplementari.

### INFORMAZIONI RELATIVE ALLO SCREENING

Ha bisogno di un interprete?  Sì  No Se Sì, indicare la lingua:

Il paziente ha fatto domanda per Medicaid?  Sì  No

Il paziente riceve servizi pubblici statali come TANF, Basic Food (alimenti di base) o WIC?  Sì  No

Il paziente è attualmente senzattetto?  Sì  No

La necessità di cure mediche del paziente è dovuta ad un incidente d'auto o ad un infortunio sul lavoro?  Sì  No

#### N.B.

- Non possiamo garantire che Lei risulterà avente diritto all'assistenza finanziaria, anche se presenta domanda.
- Una volta inviata la domanda, potremmo verificare tutte le informazioni fornite e chiedere ulteriori informazioni o prove del reddito.
- Entro 30 giorni dal ricevimento della domanda e della documentazione completa, Le comunicheremo se ha i requisiti per ricevere l'assistenza.

### INFORMAZIONI SUL PAZIENTE E SUL RICHIEDENTE

Nome del paziente		Secondo nome del paziente		Cognome del paziente	
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro (è possibile specificare _____)		Data di nascita		N. previdenza sociale del paziente (facoltativo*) <i>*facoltativo, ma necessario per un'assistenza più generosa al di là dei requisiti di legge statali</i>	
Persona responsabile del pagamento della fattura		Rapporto di parentela con il paziente	Data di nascita	N. previdenza sociale (facoltativo*) <i>*facoltativo, ma necessario per un'assistenza più generosa al di là dei requisiti di legge statali</i>	
Indirizzo postale				Numero o numeri principali di contatto	
_____				( ) _____	
_____				( ) _____	
Città	Stato	Codice postale		Indirizzo e-mail:	
Situazione occupazionale della persona responsabile del pagamento della fattura					
<input type="checkbox"/> <b>Occupata</b> (data di assunzione: _____) <input type="checkbox"/> <b>Disoccupata</b> (lunghezza del periodo di disoccupazione: _____)					
<input type="checkbox"/> <b>Lavoratore autonomo</b> <input type="checkbox"/> <b>Studente</b> <input type="checkbox"/> <b>Disabile</b> <input type="checkbox"/> <b>Pensionato</b> <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> ( _____ )					

### INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE

Indichi i membri del Suo nucleo familiare, Lei compreso/a. Il termine "nucleo familiare" comprende persone imparentate dalla nascita, per matrimonio o adozione che convivono.

**DIMENSIONI DEL NUCLEO FAMILIARE** \_\_\_\_\_

*Se necessario, allegare pagine supplementari.*

Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con il paziente	Se di età uguale o superiore a 18 anni: Nome dei datori di lavoro o fonte di reddito	Se di età uguale o superiore a 18 anni: Reddito mensile lordo totale al netto delle imposte:	Presenta domanda anche per l'assistenza finanziaria?
					Sì / No
					Sì / No
					Sì / No

**Devono essere indicati i redditi di tutti i membri adulti del nucleo familiare. Le fonti di reddito includono, per esempio:**

- Salari - Sussidio di disoccupazione - Redditi da lavoro autonomo - Indennizzi per infortuni sul lavoro - Disabilità - SSI - Assegni di mantenimento dei figli/del coniuge - Programmi per studenti lavoratori - Pensione - Distribuzione da conti pensionistici - Altro (specificare \_\_\_\_\_)



## Modulo di domanda di assistenza sanitaria prestata a titolo benefico/assistenza finanziaria - riservato

### INFORMAZIONI SUL REDDITO

**RICORDI:** È necessario allegare alla domanda la documentazione del Suo reddito.

Deve fornire informazioni sul reddito della Sua famiglia. L'accertamento del reddito è necessario per determinare l'assistenza finanziaria.

**Tutti i membri del nucleo familiare di età uguale o superiore a 18 anni devono rivelare il proprio reddito. Se non è in grado di fornire la documentazione, può presentare una dichiarazione scritta firmata che descrive il Suo reddito. Fornisca prova per ogni fonte di reddito identificata.**

**Esempi di prova del reddito includono:**

- Una dichiarazione "W-2" di sostituto d'imposta; o
- Busta paga corrente (3 mesi); o
- La dichiarazione dei redditi dell'anno scorso, compresi gli eventuali allegati; o
- Dichiarazioni scritte e firmate da datori di lavoro o da altri; o
- Approvazione/diniego dell'idoneità per Medicaid e/o per l'assistenza medica finanziata dallo Stato; o
- Approvazione/diniego dell'idoneità per il sussidio di disoccupazione; o

Se non si dispone di reddito o di una prova del reddito, allegare una pagina aggiuntiva con una spiegazione.

### INFORMAZIONI SULLE SPESE

Utilizziamo queste informazioni per avere un quadro più completo della Sua situazione finanziaria.

**Spese mensili del nucleo familiare:**

Affitto/mutuo	\$ _____	Spese mediche	\$ _____
Premi di assicurazione	\$ _____	Servizi pubblici	\$ _____
Altri debiti / spese	\$ _____ (mantenimento dei figli, prestiti, farmaci, altro)		

### INFORMAZIONI SUI BENI DI PROPRIETÀ

Queste informazioni possono essere utilizzate se il Suo reddito è superiore al 101% delle linee guida relative al livello di povertà federale.

Saldo attuale del conto corrente \$ _____	La Sua famiglia ha questi altri beni? <b>Selezionare tutte le voci pertinenti</b> <input type="checkbox"/> Azioni <input type="checkbox"/> Obbligazioni <input type="checkbox"/> 401 K <input type="checkbox"/> Conto di risparmio sanitario (HSA) <input type="checkbox"/> Trust <input type="checkbox"/> Immobili (ad esclusione della residenza primaria) <input type="checkbox"/> Titolare di un'azienda
Saldo attuale del conto di risparmio \$ _____	

### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Alleghi una pagina aggiuntiva se esistono altre informazioni che riguardano la Sua situazione finanziaria attuale che vuole comunicarci, ad esempio difficoltà finanziarie, spese mediche eccessive, reddito stagionale o temporaneo, oppure una perdita personale.

### CONFERMA DEL PAZIENTE

Comprendo che St. Joseph Health può verificare le informazioni relative al credito e ottenere informazioni da altre fonti per aiutare a determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria o al piano di pagamento rateale.

Io sottoscritto/a affermo che le informazioni che precedono sono fedeli e corrette per quanto di mia conoscenza. Sono consapevole del fatto che se le informazioni finanziarie che fornisco dovessero rivelarsi false, il risultato potrebbe essere il diniego dell'assistenza finanziaria e che potrei essere responsabile per e tenuto a pagare i servizi forniti.

Firma del richiedente

Data