

# HMH CARRIER CLINIC, INC.

## PROGRAMMA DI ASSISTENZA FINANZIARIA (FAP)

USO ESCLUSIVO di PFS

DATA DI RICEZIONE DELLA DOMANDA

**Attestazione di identità, residenza, le più recenti dichiarazioni dei redditi federalisui redditi e i beni devono accompagnare la presente domanda.**  
**Si prega di inviare copie di tutti i documenti richiesti, non inviare documenti in originale in quanto non verranno restituiti.**  
**Per aiuto, assistenza o domande si prega di chiamare i Servizi Finanziari per i Pazienti al 908-281-1522**

### I. Informazioni personali

HOSPT ACCT # \_\_\_\_\_

Nome del paziente (cognome, nome, altri nomi) _____		Stato Civile _____	Previdenza Sociale # _____
(INDIRIZZO CON NUMERO CIVICO E VIA) _____		PROPRIETÀ _____	AFFITTO DA QUANTO TEMPO _____
(CITTÀ, STATO, CODICE DI AVVIAMENTO POSTALE) _____		(CONTEA) _____	
TELEFONO DI CASA _____	TELEFONO IN ORARIO DIURNO _____		
Nome della persona che compila la domanda _____	Relazione con il paziente _____	Numero di telefono _____	
Nome del garante (se diverso dal Paziente) _____	Relazione con il paziente _____	Numero di telefono _____	

### II. Informazioni sull'Assicurazione

Nome dell'Assicurazione _____	Nome dell'Assicurato _____	Relazione con il paziente _____
In caso di nessuna assicurazione - Ha richiesto la copertura sanitaria attraverso il Marketplace? È esonerato/a dal richiedere la copertura attraverso il Marketplace?	Sì _____ NO _____ Sì _____ NO _____	
Ha fatto richiesta di Assistenza Medica negli ultimi 6 mesi? In caso AFFERMATIVO, si prega di allegare una copia della Lettera di Rifiuto o della Attestazione Prov	Sì _____ NO _____ Sì _____ NO _____	

In caso **NEGATIVO**, si prega di contattare l'Ufficio Locale del Consiglio dei Servizi Sociali per avere indicazioni su come richiedere le prestazioni.

### III. Informazioni sulla famiglia (Elenca tutte le persone che compongono il gruppo familiare)

DIMENSIONE DELLA FAMIGLIA \_\_\_\_\_

Nome del Membro della Famiglia compreso il paziente	Relazione con il Paziente	Professione
	PAZIENTE	

Continua - Membro della Famiglia	Relazione con il Paziente	Professione

#### **IV. Fonti di Reddito/Patrimonio della Famiglia (include un parente di sangue o acquisito con matrimonio o adozione)**

##### **Reddito Familiare:**

(Indicare se il reddito mensile (M) o annuale (A))		PAZIENTE	ABITAZIONE RIMANENTE
Stipendio/Salari al Lordo delle Detrazioni	M A	\$	\$
Lavoro autonomo (verificato da fonte indipendente)	M A	\$	\$
Prestazioni di Previdenza Sociale	M A	\$	\$
Alimenti/mantenimento Dei Figli	M A	\$	\$
altro Sostegno Monetario	M A	\$	\$
Disoccupazione e Indennizzi per i Lavoratori	M A	\$	\$
Prestazioni per i Veterinari	M A	\$	\$
Versamenti pensionistici	M A	\$	\$
Pagamenti Assicurativi e di Rendita	M A	\$	\$
Interessi/Dividendi	M A	\$	\$
Reddito da Affitto	M A	\$	\$

TOTALE

##### **Patrimonio Familiare:**

ALTRI PATRIMONI	PAZIENTE	ABITAZIONE RIMANENTE
Risparmi	\$	\$
Conti correnti	\$	\$
Certificati di Deposito (CD)	\$	\$
Conti del Mercato Monetario	\$	\$
Buoni di Risparmio	\$	\$
Azioni	\$	\$
Obbligazioni	\$	\$
Risparmio Pensionistico Individuale (IRA)	\$	\$
401 (K)	\$	\$
403(b)s	\$	\$
Altro	\$	\$

TOTALE

#### **V. Certificazione da parte del Richiedente**

Certifico che le informazioni sopra riportate riguardanti il mio nucleo familiare, il mio reddito e i miei beni sono veritiere e corrette.

Sono consapevole del fatto che la falsa dichiarazione intenzionale delle informazioni presentate mi renderà responsabile di tutte le spese ospedaliere.

Sono consapevole che è mia responsabilità informare l'ospedale su qualsiasi cambiamento in merito al mio reddito o ai miei beni.

Firma del Paziente

DATA

Firma del Compilatore/Relazione con il paziente)

Data

MODULO #991 (GEN, 2019)