

Istruzioni per il modulo di domanda dell'Assistenza finanziaria/Charity Care

La presente è la domanda per l'assistenza finanziaria (anche nota come Charity Care) presso Overlake Hospital Medical Center (OHMC) e/o Overlake Medical Clinics, LLC (OMC)

Lo Stato di Washington richiede a tutti gli ospedali di fornire assistenza finanziaria alle persone o alle famiglie che rientrano in determinati requisiti di reddito. Il paziente può essere idoneo a ricevere cure gratuite o cure a prezzo ridotto in base alla dimensione del proprio nucleo familiare e al proprio reddito, anche se dispone di un'assicurazione sanitaria. *La politica sull'assistenza finanziaria può essere visualizzata all'indirizzo www.overlakehospital.org/financialpolicies*

Che cosa copre l'assistenza finanziaria? L'assistenza finanziaria copre i servizi adeguati forniti da OHMC e/o OMC in base all'idoneità del paziente. L'assistenza finanziaria potrebbe non coprire tutti i costi sanitari, compresi servizi forniti da altre organizzazioni.

In caso di domande o bisogno di assistenza nel completare la presente domanda: chiamare il nostro Coordinatore dell'assistenza finanziaria al numero 425-635-6239. È possibile ottenere assistenza per qualsiasi ragione, compresa disabilità e assistenza linguistica.

Affinché la domanda venga elaborata, è necessario:

- Fornire informazioni sulla propria famiglia**
Completare il numero dei membri della famiglia nel proprio nucleo familiare (nella famiglia sono incluse persone aventi un legame di nascita, matrimonio o adozione che vivono assieme)
- Fornire informazioni sul reddito mensile lordo della propria famiglia (reddito al lordo di imposte e deduzioni)**
- Fornire la documentazione per il reddito familiare**
- Allegare informazioni aggiuntive se necessario**
- Firmare e datare il modulo**

Nota: non è necessario fornire un numero di Previdenza sociale per fare domanda per l'assistenza finanziaria. Se il paziente fornisce il proprio numero di Previdenza sociale, ciò aiuterà ad accelerare l'elaborazione della domanda. I numeri di Previdenza sociale sono utilizzati per verificare le informazioni forniteci. Se non si dispone di un numero di Previdenza sociale, contrassegnare "non applicabile" o "NA".

Inviare via posta o fax la domanda completa con tutta la documentazione a:

Overlake Hospital Medical Center
1035 116th Ave NE
Bellevue, WA 98004-9971
All'attenzione di: Servizi finanziari per il paziente

È possibile utilizzare la busta di ritorno allegata.
Accertarsi di conservare una copia per sé.

Notificheremo l'utente della determinazione finale di idoneità e dei diritti d'appello, se del caso, entro 14 giorni solari dalla ricezione della domanda completa di assistenza finanziaria, compresa la documentazione relativa al reddito.

Inviando una domanda di assistenza finanziaria, il paziente ci fornisce il proprio consenso a effettuare le indagini necessarie volte a confermare le informazioni e gli obblighi finanziari.

**Desideriamo fornire assistenza. Invia la tua domanda tempestivamente!
Potresti ricevere fatture finché non riceviamo le tue informazioni.**

Modulo di domanda dell'Assistenza finanziaria/Charity Care - riservato

Completare tutte le informazioni. Se l'informazione non è applicabile, scrivere "NA". Allegare pagine aggiuntive se necessario.

INFORMAZIONI DI SCREENING

Ha bisogno di un'interprete? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <i>Se sì, indicare la lingua preferita:</i>
Il paziente ha presentato domanda per Medicaid? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <i>Potrebbe essere necessario presentare domanda prima di essere considerato per l'assistenza finanziaria</i>
Il paziente è attualmente senza fissa dimora? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
La necessità di cure mediche del paziente è correlata a un incidente automobilistico o a un infortunio sul lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

SI PREGA DI NOTARE

- Non possiamo garantire l'idoneità per l'assistenza finanziaria, anche se il paziente presenta domanda.
- Una volta inviata la propria domanda, potremmo verificare tutte le informazioni e chiedere informazioni aggiuntive o la prova di reddito.
- Entro 14 giorni solari dalla ricezione della domanda e della documentazione completa, notificheremo l'utente sull'idoneità per l'assistenza.

INFORMAZIONI DEL PAZIENTE E DEL RICHIEDENTE

Nome del paziente	Secondo nome del paziente	Cognome del paziente
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____)	Data di nascita	Numero di previdenza sociale (opzionale*) <i>*Opzionale, ma necessario per assistenza più generosa al di sopra dei requisiti di legge statali [???]</i>
Persona responsabile del pagamento delle fatture	Relazione con il paziente	Data di nascita Numero di previdenza sociale (opzionale*) <i>*Opzionale, ma necessario per assistenza più generosa al di sopra dei requisiti di legge statali [???]</i>
Indirizzo di posta _____ _____ Città _____ Provincia _____ CAP _____		Numero/i di contatto principale/i () _____ () _____ Indirizzo e-mail: _____
Stato di occupazione della persona responsabile del pagamento delle fatture <input type="checkbox"/> Occupato (data di assunzione: _____) <input type="checkbox"/> Disoccupato (durata della disoccupazione: _____) <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Disabile <input type="checkbox"/> In pensione <input type="checkbox"/> Altro (_____)		

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

Elencare i membri della famiglia nel proprio nucleo familiare, compreso se stesso/a. Il termine "famiglia" comprende persone legate da nascita, matrimonio o adozione che vivono assieme.

DIMENSIONE DELLA FAMIGLIA _____

Allegare pagine aggiuntive se necessario

Nome	Data di nascita	Relazione con il paziente	Se età pari o superiore ai 18 anni: Nome del/dei datore/i di lavoro o fonte di reddito	Se età pari o superiore ai 18 anni: Reddito mensile lordo totale (ante imposte):	Presenta altresì domanda per l'assistenza finanziaria?
					Sì / No
					Sì / No

					Si / No
					Si / No
Deve essere indicato il reddito di tutti i membri adulti della famiglia. Le fonti di reddito comprendono, ad esempio: - Salari - Disoccupazione - Lavoro autonomo - Indennità previdenziali per i lavoratori - Disabilità - Redditi da previdenza sociale - Mantenimento del coniuge/minore - Programmi di lavoro-studio (studenti) - Pensione - Distribuzioni dei conti pensionistici - Altro (<i>indicare _____</i>)					

Modulo di domanda dell'Assistenza finanziaria/Charity Care - riservato

INFORMAZIONI SUL REDDITO

RICORDARE: è necessario includere la prova di reddito alla domanda.

È necessario fornire informazioni sul reddito familiare. La verifica del reddito è obbligatoria per determinare l'assistenza finanziaria.

Tutti i membri della famiglia di età pari o superiore ai 18 anni devono indicare il proprio reddito. In caso non sia possibile fornire la documentazione, è possibile inviare una dichiarazione scritta firmata che descriva il proprio reddito. Fornire la prova di ciascuna fonte di reddito identificata.

Esempi di prova di reddito comprendono:

- Modello W-2 per la ritenuta d'acconto; oppure
- Buste paga correnti (3 mesi); oppure
- Dichiarazione dei redditi dell'ultimo anno, comprese le schede, ove applicabile; oppure
- Dichiarazioni scritte e firmate dai datori di lavoro o altri; oppure
- Approvazione/rifiuto dell'idoneità a ricevere Medicaid e/o assistenza medica finanziata a livello statale; oppure
- Approvazione/rifiuto dell'idoneità per l'indennità di disoccupazione.

Se non si dispone di alcuna prova di reddito o se non si ha alcun reddito, allegare una pagina aggiuntiva con la spiegazione.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Allegare una pagina aggiuntiva in caso esistano altre informazioni sulla situazione finanziaria del paziente che lo stesso intende comunicarci, quali difficoltà finanziaria, reddito temporaneo o stagionale o perdite personali.

ACCORDO CON IL PAZIENTE

Comprendo che Overlake Hospital Medical Center/Overlake Medical Clinics LLC può verificare le informazioni esaminando le informazioni di credito e ottenendo informazioni da altre fonti per contribuire alla determinazione dell'idoneità per l'assistenza finanziaria o i piani di pagamento.

Confermo che le informazioni di cui sopra sono vere e corrette al meglio delle mie conoscenze. Comprendo che, in caso le informazioni da me fornite siano determinate essere mendaci, il risultato sarà il rifiuto dell'assistenza finanziaria, e sarò ritenuto/a responsabile di e tenuto/a a pagare per i servizi resi.

Firma della persona richiedente

Data