

Nome paziente _____ Data di nascita _____

 Cognome Nome Iniz. secondo nome

Indirizzo _____

 Via e numero civico, n. appart. Città Stato Codice postale

N. di telefono (____) _____ Occupazione _____ Datore di lavoro _____

Indirizzo datore di lavoro _____ N. di telefono datore di lavoro _____

Reddito – Elenco del reddito complessivo per il paziente, il coniuge e tutti gli altri membri del nucleo familiare da:

Tipo di reddito	Totale ultimi 3 mesi	Totale ultimi 12 mesi
Salari		
Redditi da lavoro autonomo		
Aiuti economici		
Previdenza sociale		
Indennità di disoccupazione		
Alimenti		
Mantenimento dei figli		
Pensioni		
Reddito da dividendi		
Totale		

L'ospedale richiede l'invio di documentazione che confermi i redditi indicati sopra. Esempi di documentazione: buste paga, lettera del datore di lavoro (ove applicabile), Modulo 1040, ecc.

Dimensioni nucleo familiare - Membri della famiglia residenti presso lo stesso domicilio:

Nome	Età	Relazione familiare

Nota: se è necessario spazio aggiuntivo, allegare un altro foglio.

QUESTA RICHIESTA PUÒ ESSERE INVIATA ALL'OSPEDALE IN QUALSIASI MOMENTO DURANTE IL PROCESSO DI FATTURAZIONE E RISCOSSIONE.

DOPO AVER INVIATO UNA RICHIESTA COMPLETA E I RELATIVI DOCUMENTI ALL'OSPEDALE ALL'INDIRIZZO INDICATO SOTTO, SI PUÒ IGNORARE QUALSIASI FATTURA FINCHÉ L'OSPEDALE NON AVRÀ FORNITO UNA DECISIONE SCRITTA RIGUARDO ALLA RICHIESTA.

PER INVIARE QUESTA RICHIESTA PER L'ASSISTENZA FINANZIARIA, LEGGERE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE E APPORRE UNA FIRMA OVE RICHIESTO.

CON LA PRESENTE RICHIEDO CHE IL GRACIE SQUARE HOSPITAL MI COMUNICHI IN FORMA SCRITTA LA SUA DECISIONE RIGUARDO LA MIA IDONEITÀ PER L'ASSISTENZA FINANZIARIA. DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE INFORMAZIONI DA ME INViate RIGUARDO AL MIO REDDITO ANNUALE E LE DIMENSIONI DEL MIO NUCLEO FAMILIARE SARANNO SOGGETTE A VERIFICA DA PARTE DELL'OSPEDALE. SONO ALTRESÌ CONSAPEVOLE CHE, NEL CASO IN CUI LE INFORMAZIONI DA ME INViate DOVESSERO RISULTARE FALSE, QUESTO DETERMINERÀ IL RIFIUTO DELL'ASSISTENZA FINANZIARIA E CHE POTREI INOLTRE ESSERE TENUTO A PAGARE I SERVIZI FORNITI. DICHIARO IN BUONA FEDE CHE LE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA SONO ESATTE E VERITIERE. AUTORIZZO INOLTRE IL GRACIE SQUARE HOSPITAL A VERIFICARE QUALSIASI INFORMAZIONE PERTINENTE ALLA PRESENTE RICHIESTA.

Data _____ Firma del richiedente _____ N. del conto _____

La richiesta completa deve essere inviata al seguente indirizzo:

Gracie Square Hospital Patient Financial Services
 100 Jericho Quadrangle, Suite 202
 Jericho, NY 11753
 Att: George Plunkett
 Oppure inviare un FAX a: (516) 801-8504