NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL
MODULO DI RICHIESTA PER L'ASSISTENZA SANITARIA PER INDIGENTI (CHARITY CARE)

Nome paziente _____ Data di nascita _____
Cognome Nome Iniziale secondo nome

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

Numero di telefono (_____)_____ Occupazione _____ Datore di lavoro _____

Indirizzo datore di lavoro _____ Tel. datore di lavoro n°_____

Reddito – Elenco del reddito complessivo per il paziente, il coniuge e tutti gli altri membri della famiglia 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		
Sostegno ai 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, NON SARÀ TENUTO A PAGARE LE FATTURE FINCHÉ L'OSPEDALE NON LE AVRÀ FORNITO UNA DECISIONE SCRITTA RIGUARDO LA SUA RICHIESTA.

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

CON LA PRESENTE RICHIEDO CHE IL NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL MI COMUNICHI IN FORMA SCRITTA LA SUA DECISIONE RIGUARDO LA MIA IDONEITÀ PER L'ASSISTENZA SANITARIA PER INDIGENTI. DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE INFORMAZIONI DA ME INVIATE RIGUARDO IL 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 SANITARIA PER INDIGENTI 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 NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL A VERIFICARE QUALSIASI INFORMAZIONE PERTINENTE A QUESTA RICHIESTA.

Data _____ Firma del richiedente _____ N° conto _____

La richiesta completa deve essere inviata al seguente indirizzo:

NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital
3 Expressway Plaza, Suite 200
Roslyn Heights, NY 11577
Oppure inviare un FAX a: (516) 801-8504