

**NEWYORK – PRESBYTERIAN/QUEENS**  
Patient Financial Services  
3 Expressway Plaza Ste 200  
Roslyn Heights, NY 11577-2050

Gentile paziente,

Le inviamo in allegato un modulo di richiesta per assistenza sanitaria gratuita (Charity Care). L'assistenza sanitaria gratuita può essere richiesta in qualsiasi momento durante il processo di fatturazione e riscossione. Si prega di completare il modulo di richiesta, allegare i relativi documenti, e inviare il tutto all'indirizzo sopra indicato .

Qualora la Sua richiesta dovesse risultare incompleta, non saremo in grado di elaborarla.

Se avesse bisogno di ulteriore assistenza o per qualsiasi domanda riguardo il materiale fornito, può contattare la nostra Charity Care Unit (unità di assistenza sanitaria gratuita) al numero **(516) 686-4354** o **(516) 686-4308**.

Per assisterLa ulteriormente nella Sua richiesta di assistenza sanitaria gratuita, Le indichiamo qui di seguito alcuni esempi di documenti che possono essere allegati alla richiesta:

- Cedolino stipendio
- Lettera da parte del datore di lavoro (ove applicabile)
- Modulo 1040
- Qualsiasi altra informazione che possa confermare il Suo reddito

Se ha meno di ventuno (21) anni di età, E/O se è dipendente da uno o più genitori o da uno o più tutori legali, il genitore o il tutore legale deve compilare il modulo di richiesta per l'idoneità intitolato **RICHIESTA PER L'ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA (CHARITY CARE)** e fornire i relativi documenti richiesti.

DEVE FORNIRE un numero di telefono su cui è possibile contattarLa e un indirizzo postale completo, incluso numero e lettere dell'appartamento (ove presenti).

Al fine di determinare la Sua idoneità o quella di Suo figlio per l'assistenza sanitaria gratuita, sarebbe utile ricevere una descrizione della Sua situazione e copie di quei documenti sopra indicati a Lei applicabili o qualsiasi altra relativa documentazione che Lei ritenga necessaria.

Se è uno studente, La preghiamo di inviarci un documento che attesti il Suo stato di studente.

**AVVISO AI PAZIENTI**  
**SE HA INVIATO UNA RICHIESTA COMPLETA CONTENENTE LE INFORMAZIONI**  
**O I DOCUMENTI NECESSARI A DETERMINARE LA SUA IDONEITÀ IN BASE ALLE**  
**NORME PER L'ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA DELL'OSPEDALE, PUÒ**  
**IGNORARE QUALSIASI FATTURA INVIATA DALL'OSPEDALE FINO A QUANDO NON**  
**AVREMO PRESO UNA DECISIONE CIRCA LA SUA RICHIESTA**

Le richieste e la relativa documentazione possono essere inviate via fax al numero: (516) 801-8504

O PER POSTA ALL'INDIRIZZO:

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services  
3 Expressway Plaza, Suite 200  
Roslyn Heights, NY 11577  
Att. Jerome Fields

**NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS**  
**MODULO DI RICHIESTA PER ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA (CHARITY CARE)**

Nome paziente \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Cognome Nome Iniz. 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 # \_\_\_\_\_

**Reddito – Elenco del reddito complessivo per il paziente, il coniuge e gli altri membri della famiglia da:**

Tipo di reddito	Totale ultimi 3 mesi	Totale ultimi 12 mesi
Stipendi		
Redditi da lavoro autonomo		
Aiuti economici		
Previdenza sociale		
Indennità di disoccupazione		
Alimenti		
Sostegno ai figli		
Pensioni		
Reddito da dividendi		
Altre risorse (conti bancari, investimenti, prestiti, ecc.)		
Totale		

L'ospedale richiede l'invio di documentazione che confermi i redditi indicati sopra. Esempi di documentazione: cedolino stipendio, 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 LA RICHIESTA COMPLETA E I RELATIVI DOCUMENTI ALL'INDIRIZZO SOTTO INDICATO, POTRÀ IGNORARE LE FATTURE RICEVUTE FINCHÉ L'OSPEDALE NON LE AVRÀ FORNITO UNA DECISIONE SCRITTA RIGUARDO LA SUA RICHIESTA.

PER INVIARE LA SUA RICHIESTA PER ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA, LA INVITIAMO A LEGGERE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE E AD APPORRE UNA FIRMA OVE RICHIESTO.

CON LA PRESENTE RICHIEDO CHE IL NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS MI COMUNICHI IN FORMA SCRITTA LA SUA DECISIONE RIGUARDO LA MIA IDONEITÀ PER L'ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA. 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, LA MIA DOMANDA DI ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA VERRÀ RESPINTA E POTREI INOLTRE ESSERE TENUTO A PAGARE PER I SERVIZI DA ME RICEVUTI. DICHIARO IN BUONA FEDE CHE LE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA SONO ESATTE E VERITIERE. AUTORIZZO INOLTRE IL NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS 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/Queens Patient Financial Services  
 3 Expressway Plaza, Suite 200  
 Roslyn Heights, NY 11577  
 Att.: Jerome Fields  
 O via fax al numero: (516) 801-8504