

NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL
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		
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, POTRA'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 HOSPITAL 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 VERRA' 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 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 Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att.: George Plunkett
O via fax al numero: (516) 801-8504