



# Modulo di richiesta di assistenza finanziaria

## SEZIONE UNO: INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Stampare il nome per intero, l'indirizzo al momento in cui viene ricevuta l'assistenza medica e le altre informazioni indicate in questa sezione.

Numero di conto \_\_\_\_\_ Data dell'assistenza \_\_\_\_\_

Nome del paziente: \_\_\_\_\_

COGNOME

NOME

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Paese: \_\_\_\_\_  
VIAENUMERO

Paese di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Stato civile:  Celibe/Nubile  Sposato/a  Divorziato/a

Numero di telefono principale: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Casa  Cellulare  Lavoro  Altro \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

Assicurazione medica al momento dell'assistenza:  Nessuna assicurazione  Medicare  Medicaid  Altro \_\_\_\_\_

## SEZIONE DUE: REDDITO E PATRIMONIO FAMILIARE

Fornire il reddito del richiedente, del coniuge e degli altri membri della famiglia (ove necessario).

Fonte di reddito	Totale dei 3 mesi precedenti all'assistenza	Totale in 12 mesi precedenti all'assistenza
Dipendente/Lavoratore autonomo	\$ _____	\$ _____
Previdenza sociale	\$ _____	\$ _____
Pensione, Dividendi, Interessi, Redditi locativi	\$ _____	\$ _____
Disoccupazione, Indennizzo dei lavoratori	\$ _____	\$ _____
Sostegno ai figli (solo se il paziente è il destinatario previsto)	\$ _____	\$ _____
Altro	\$ _____	\$ _____

Attività nette totali (attività - debito) alla data di applicazione:

\$ \_\_\_\_\_

## SEZIONE TRE: INFORMAZIONI FAMILIARI E REDDITO

Elenco di tutti i membri presenti nel nucleo familiare e rispettive date di nascita.

Si prega di fornire le informazioni seguenti relative a tutti i familiari che vivono all'interno della stessa abitazione. Ai fini dell'HCAP, per famiglia si intende il paziente, il coniuge del paziente e tutti i figli del paziente sotto i 18 anni (naturali o adottivi) che vivono nella stessa abitazione del paziente. Qualora il paziente abbia meno di 18 anni, la famiglia deve includere il paziente, i genitori naturali o adottivi del paziente e i genitori e i figli minori di 18 anni (naturali o adottivi) che vivono nella stessa abitazione del paziente.

Nome dei membri della famiglia, incluso il paziente \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Rapporto con il paziente \_\_\_\_\_

1. Paziente: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Con la seguente firma, dichiaro che quanto dichiarato nel presente modulo e in ogni altro allegato corrisponde al vero.

Firma del soggetto responsabile: x \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Con la seguente firma, dichiaro di aver esaminato e approvato la presente richiesta.

Firma del dirigente dell'ospedale: x \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Restituire la presente richiesta debitamente compilata a: **Penn State Health Rehabilitation Hospital**

\ † # " = h ' ....