

Domanda di Assistenza Finanziaria

Tufts Medicine è orgogliosa di fornire le migliori cure a ogni paziente. Tufts Medicine offre Assistenza Finanziaria attraverso la sua Politica di Assistenza Finanziaria ai pazienti che non sono in grado di pagare le cure di emergenza e quelle necessarie nella medicina di base. L'Assistenza Finanziaria di Tufts Medicine non è destinata a coprire cure non necessarie dal punto di vista medico. Inoltre, non è destinata a fornire sconti sui ticket assicurativi, sulla coassicurazione o sulle franchigie.

I pazienti che dispongono dei mezzi necessari sono tenuti a pagare i servizi ricevuti presso Tufts Medicine. Tuttavia, è possibile richiedere assistenza finanziaria. I pazienti sono fortemente incoraggiati a fare domanda per qualsiasi programma di assistenza governativa disponibile, come MassHealth, ConnectorCare o Health Safety Net, prima di fare domanda per il Programma di Assistenza Finanziaria di Tufts Medicine. **La mancata presentazione della domanda per un programma di assistenza governativo per il quale si è potenzialmente idonei potrebbe comportare un ritardo o un rifiuto della domanda.** Se avete bisogno di aiuto per fare domanda per i programmi di assistenza governativa, uno dei nostri Coordinatori Finanziari di Tufts Medicine può aiutarvi.

L'ammissione ai programmi di assistenza finanziaria dipende dalla compilazione completa e accurata della presente Domanda di Assistenza Finanziaria.

Istruzioni

Si prega di compilare integralmente la Domanda di Assistenza Finanziaria e di allegare le copie dei seguenti documenti per tutti i richiedenti. La mancata presentazione di tutti i documenti necessari entro 30 giorni porterà al rifiuto della domanda. Si prega di allegare copie di tutti i documenti da inviare, poiché purtroppo non verranno resi.

- Compilare tutte le sezioni presenti nella domanda e assicurarsi di **firmare la dichiarazione di affidavit a pagina 4**
- Allegare una copia della **patente di guida, di un altro documento di identità con foto o di documenti che attestino la residenza attuale.** Tutto ciò che viene presentato deve includere il vostro nome.
- Allegare una copia della **tessera assicurativa**
- Allegare una forma di **verifica del reddito:**
 - Allegare una copia della vostra più recente **W-2**
 - Se c'è stata una **recente variazione del reddito**, allegare una documentazione come le buste paga più recenti (minimo 4), dichiarazione di disoccupazione, gli estratti conto di banche/ investimenti e/o gli estratti conto della previdenza sociale
- Se il paziente è deceduto, allegare una copia del certificato di morte e una lettera che attesti lo stato della successione

Per domande, contattare il Dipartimento di Coordinamento Finanziario di Tufts Medicine all'indirizzo:

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance
978-973-6700

o di persona presso le seguenti sedi di Tufts Medicine:

- Tufts Medical Center
Biewend Building, 1. Piano
260 Tremont Street
Boston, MA 02111
- Tufts Medical Center
Proger Building, 1. Piano
800 Washington Street
Boston, MA 02111
- Lowell General Hospital
Dahod Building, Piano Terra
295 Varnum Avenue
Lowell, MA 01854
- Lowell General Hospital
Saints Campus
1 Hospital Drive, Piano Terra
Lowell, MA 01852
- MelroseWakefield Hospital
585 Lebanon Street, Suite 101
Melrose, MA 02176
- Lawrence Memorial Hospital
Piano Terra vicino al Primo Soccorso
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Si prega di inviare la domanda compilata a:

Tufts Medical Center
Financial Coordination
800 Washington Street, Box 475
Boston, MA 02111

1 Informazioni sul paziente/richiedente

Compilare questa sezione relativa al paziente e/o al richiedente.

Documentazione richiesta: Includere la documentazione che attesti la residenza: patente di guida, altri documenti di identità con foto o documenti che attestino la residenza attuale. Tutto ciò che viene presentato deve includere il nome del paziente.

Data Odierna _____

Nome del Paziente _____

Data di Nascita del Paziente / /

Nr. Previdenza Sociale del Paziente / /

Nr. Registrazione Medica del paziente _____

Nome del Richiedente _____

Telefono del Richiedente _____

Indirizzo del Richiedente _____

Il richiedente è il paziente o la persona che è responsabile finanziariamente per il paziente.

**Formato della data di nascita:
MM/DD/YYYY**

Informazioni sul nucleo familiare

Elencare tutti i componenti del nucleo familiare, la loro data di nascita e il rapporto di parentela con il richiedente.

Membro della Famiglia 1 _____

Data di Nascita / /

Rapporto di parentela con il Paziente _____

Membro della Famiglia 2 _____

Data di Nascita / /

Rapporto di parentela con il Paziente _____

Membro della Famiglia 3 _____

Data di Nascita / /

Rapporto di parentela con il Paziente _____

Membro della Famiglia 4 _____

Data di Nascita / /

Rapporto di parentela con il Paziente _____

Membro della Famiglia 5 _____

Data di Nascita / /

Rapporto di parentela con il Paziente _____

Si **No** Siete un cittadino degli Stati Uniti?

Si **No** Se NO, siete un residente permanente, legalmente residente negli Stati Uniti*?
*Se il paziente è un residente permanente, fornire una copia della documentazione ufficiale.

2 Informazioni sull'Assicurazione

Compilare questa sezione relativa al paziente e/o al richiedente.

Documentazione richiesta: Se applicabile, includere una copia della/e tessera/e assicurativa/e del paziente, notifiche di Medicaid, notifiche di servizi non coperti, documentazione di limitazioni di rete. Tutto ciò che viene inviato deve includere il nome del paziente.

- Si** **No** Avete presentato una domanda Medicaid negli ultimi 6 mesi?
- Si** **No** Avete una domanda Medicaid in corso o approvata?
- Si** **No** La domanda di Medicaid è stata respinta?
- Si** **No** Avete un'assicurazione medica?
- Si** **No** Il vostro piano copre i servizi di Tufts Medicine?
- Si** **No** C'è un servizio specifico che non è coperto dalla vostra assicurazione?

Se sì, descrivere _____

Informazioni sull'Assicurazione Principale

Nome dell'Assicurazione _____
 Indirizzo dell'Assicurazione _____
 Polizza/ID # _____
 Gruppo # _____
 Sottoscrittore _____
 Data di Nascita del Sottoscrittore / /
 Rapporto di Parentela con il Sottoscrittore _____
 Datore di lavoro del Sottoscrittore _____
 Data di Decorrenza / /

Informazioni sull'Assicurazione Secondaria

Nome dell'Assicurazione _____
 Indirizzo dell'Assicurazione _____
 Polizza/ID # _____
 Gruppo # _____
 Sottoscrittore _____
 Data di Nascita del Sottoscrittore / /
 Rapporto di Parentela con il Sottoscrittore _____
 Datore di lavoro del Sottoscrittore _____
 Data di Decorrenza / /

3 Reddito Lordo Mensile e Patrimonio

Compilare questa sezione relativa al reddito da lavoro e al patrimonio del paziente e di ogni membro della famiglia elencato nella sezione 1 che lavora. Indicare il reddito lordo, ossia il reddito prima della tassazione e delle detrazioni.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA: Includere la documentazione che attesti il reddito: buste paga, imposte sul reddito, dichiarazione W2, estratti conto bancari, dichiarazioni di intermediazione o altre prove.

La sezione 3 può essere lasciata in bianco se il paziente e i suoi familiari non hanno redditi da lavoro o beni.

Reddito familiare

	PAZIENTE	MEMBRO DELLA FAMIGLIA 1	MEMBRO DELLA FAMIGLIA 2	MEMBRO DELLA FAMIGLIA 3	MEMBRO DELLA FAMIGLIA 4	(SOLO PER L'USO INTERNO)
Stipendio/Salario/Mance						
Indennità di Disoccupazione						
Previdenza Sociale						
Assegni Familiari e Alimenti						
Reddito da Lavoro Autonomo						
Interessi/Dividendi						
Pensione						
IRA/Azioni/Obbligazioni						
Reddito da Locazione						
Pagamenti Fiduciari						
Indennità dei Lavoratori						
Benefici per i Veterani						

Dichiarazione di assenza di reddito

Se il paziente non ha reddito e viene sostenuto finanziariamente da un'altra persona, vi preghiamo di farle compilare e firmare la seguente dichiarazione.

Nome del Paziente _____ che al momento non ha reddito. Ad oggi, lo sostengo con il cibo, l'alloggio e gli indumenti necessari. Inoltre, provvedo con un aiuto finanziario dell'importo medio di _____ dollari al mese.

Firma del Sostenitore _____

Data / /

Patrimonio della famiglia - conti correnti e libretti di risparmio

TIPO DI CONTO	BANCA/ISTITUTO	SALDO

Tipo di conto: corrente o risparmio.

Altri beni calcolabili della famiglia

TIPO DI CONTO	BANCA/ISTITUTO	SALDO
Azioni/Obbligazioni		
Certificato di Deposito		
Obbligazioni di risparmio USA		
Conto di Risparmio Sanitario (HSA)		
Certificato di Risparmio		
Club di Natale o Vacanza		
Altro		

4 Problematiche mediche

Questa sezione potrebbe non essere applicabile. Compilare questa sezione se si hanno spese mediche importanti. Elencare le spese sanitarie sostenute da Tufts Medicine e da altri enti. La documentazione può essere richiesta ma non è necessaria in questo momento.

SPESE MEDICHE	IMPORTO TOTALE	CON QUALE FREQUENZA SI VERIFICA LA SPESA?	(SOLO PER L'USO INTERNO)
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente <input type="checkbox"/> Mensilmente <input type="checkbox"/> Annualmente	
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente <input type="checkbox"/> Mensilmente <input type="checkbox"/> Annualmente	
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente <input type="checkbox"/> Mensilmente <input type="checkbox"/> Annualmente	
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente <input type="checkbox"/> Mensilmente <input type="checkbox"/> Annualmente	
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente <input type="checkbox"/> Mensilmente <input type="checkbox"/> Annualmente	
		<input type="checkbox"/> Settimanalmente <input type="checkbox"/> Mensilmente <input type="checkbox"/> Annualmente	

Affidavit - tutti i richiedenti devono firmare

Giuro (o affermo) che tutte le informazioni indicate nel presente modulo sono vere, corrette e complete al meglio delle mie capacità, conoscenze e convinzioni. Mi impegno a comunicare a Tufts Medicine, entro una settimana, tutte le variazioni di reddito, risorse finanziarie o altre informazioni indicate nel presente modulo che potrebbero influire sulla mia idoneità a ricevere assistenza finanziaria presso Tufts Medicine. Sono consapevole che le mie informazioni creditizie e finanziarie potranno essere utilizzate per verificare la mia dichiarazione e la mia idoneità al programma. Sono a conoscenza del fatto che ho 30 giorni di tempo per presentare la documentazione di supporto accurata e necessaria per essere preso in considerazione per uno sconto.

Dichiarazioni fraudolente da parte del paziente allo scopo di ottenere assistenza finanziaria saranno inoltrate all'ufficio del Procuratore Generale del Massachusetts. I pazienti che falsificano la domanda di partecipazione al programma non potranno più beneficiare del programma e saranno ritenuti responsabili di tutte le spese sostenute durante l'iscrizione al programma con effetto retroattivo al primo giorno in cui sono state sostenute le spese nell'ambito del Programma.

Firma del Richiedente _____

Data / /

Tutti i richiedenti devono firmare la dichiarazione affinché la loro domanda venga presa in considerazione.