



Personale e riservato

Gentile patient,

Grazie per avere scelto Trinity Health Mid-Atlantic come fornitore di assistenza medica. Compila la richiesta allegata e reinvia all'indirizzo in basso per completare la valutazione della tua assistenza finanziaria.

Se hai domande, contatta il nostro Centro di Servizi al Consumatore al 800-494-5797, dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 17:00. fuso orario della Costa Orientale.

Cordiali saluti,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services  
20555 Victor Parkway  
Livonia, MI 48152

## RICHIESTA RISERVATA PER ASSISTENZA FINANZIARIA

**Compila e firma il modulo di richiesta e restituiscilo entro 10 giorni includendo copie dei seguenti documenti:**

**Verifiche richieste**

- Copia del reddito lordo del mese precedente
- Dichiarazioni bancarie complete dei due mesi precedenti di tutti i conti bancari, con tutte le pagine incluse (spiegazione per depositi ricorrenti)
- Dichiarazioni dei redditi recenti (modulo 1040 con schede C, E o F) o dichiarazioni di profitti o perdite di tre mesi (per lavoratori autonomi/dipendenti)

**Fornisci i seguenti documenti, ove applicabile**

- W2 recente per reddito stagionale
- Sussidio di disoccupazione/Lettera di rifiuto
- Reddito di mantenimento dei figli/Alimenti
- Nessun reddito - Completa la parte della richiesta Lettera per sostegno finanziario

**Dati del paziente**

Nome del paziente		Data di nascita	
Numero di previdenza sociale/EIN (facoltativo)	Numero di cellulare	Altro numero di telefono	
Indirizzo postale	Città	Stato	CAP
Indirizzo email	In quale stato risiedi?		
Stato civile <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Altro _____			
Hai una dichiarazione dei redditi federale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se no, perché?	Puoi dichiararti persona a carico della dichiarazione dei redditi di qualcun altro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Tu o le persone a tuo carico avevate una copertura di assicurazione sanitaria al momento del servizio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (Fornire copia della carta assicurativa)			
Sei residente documentato negli Stati Uniti? <input type="checkbox"/> Sì [Yes] <input type="checkbox"/> No [No] <input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere			

Membri della famiglia, incluso te, in base alle tue recenti dichiarazioni dei redditi	Data di nascita	Rapporto con il paziente	Dichiarato sulla dichiarazione dei redditi (Sì/No)

**Verifica di reddito per tutti i membri della famiglia [Income Verification for all household members]**

Fonte di reddito mensile	Chi lo percepisce?	Reddito lordo mensile (prima delle tasse)	Fonte di reddito mensile	Chi lo percepisce?	Reddito lordo mensile (prima delle tasse)
Previdenza sociale/Disabilità			Stipendio		
Pensione			Disoccupazione		
Lavoro autonomo			Mantenimento dei figli/Alimenti		
Assistenza pubblica			Reddito da affitto di terreni		
Altro					

**Lettera di sostegno finanziario - Deve essere compilata solo dalla persona che fornisce il sostegno**

- Fornisco più del 50% di sostegno per le spese di vita, ma non sono in grado di sostenere le spese mediche.
- Firmando questa lettera, dichiaro che l'affermazione di cui sopra è corretta e che non sarò in alcun modo ritenuto responsabile per le spese mediche del paziente. Per domande, contattatemi al \_\_\_\_\_ (Numero di telefono)

<b>Nome della persona che fornisce il sostegno</b>	<b>Rapporto con il paziente</b>
<b>Firma della persona che fornisce il sostegno</b>	<b>Data</b>



### VERIFICA DEL REDDITO E IDENTIFICAZIONE

Certifico che le informazioni elencate nella presente richiesta sono vere e complete al meglio della mia conoscenza. So che le informazioni fornite sono soggette a verifica. Sarò responsabile del rimborso di ogni servizio fornito agli affiliati del Trinity Health se le informazioni di cui sopra sono fornite sotto falso pretesto.

Firma del paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

O firma del tutore legale (ove applicabile): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Rapporto con il paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Invia la richiesta all'indirizzo di cui sopra, invia un fax al 312-871-3350 e o carica i documenti su My Chart (Portale del paziente)- <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Se hai domande, contatta il nostro Centro di Servizi al Consumatore al 800-494-5797 dal lunedì al venerdì dalle 9: 00 alle 17:00. fuso orario della Costa Orientale.**