

Gentile Paziente,

Trova in allegato la richiesta di assistenza finanziaria BIDMC. La preghiamo di compilarla opportunamente e di inviarcela assieme a tutta la documentazione richiesta. I moduli di richiesta incompleti potrebbero causare il rifiuto dell'assistenza finanziaria.

La scadenza per l'invio della richiesta è di 240 giorni, a partire dalla prima fattura per i servizi per i quali viene richiesta l'assistenza finanziaria.

Il Beth Israel Deaconess Medical Center e i suoi affiliati si impegnano a fornire un'assistenza finanziaria ai pazienti che risultino non assicurati o non adeguatamente assicurati, o non idonei a partecipare a un programma statale o che non siano in grado per altri motivi di pagare i servizi sanitari necessari sotto il profilo medico.

Per qualsiasi chiarimento, la preghiamo di contattare il reparto di consulenza finanziaria al numero indicato di seguito.

Grazie.

Inviare la richiesta a:

Financial Counseling Unit (Ufficio Consulenza Finanziaria)
Beth Israel Deaconess Medical Center
East Campus/Rabb
Room 111
330 Brookline Avenue
Boston, MA 02215
617-667-5661

Richiesta di assistenza finanziaria per il Charity Care

Si prega di stampare

Data di oggi: _____

N. di previdenza sociale _____

Numero di referto medico: _____

Nome del paziente: _____

Indirizzo: _____

Via

Int. Numero

Città

Stato

CAP

Data del servizio ospedaliero: _____
paziente _____

Data di nascita del

Il paziente aveva un'assicurazione sanitaria o Medicaid** al momento del servizio ospedaliero? Sì No

Se "Sì", allegare una copia della tessera di assicurazione (fronte e retro) e compilare quanto segue:

Nome della compagnia assicurativa: _____ Numero di polizza: _____

Data di decorrenza: _____

Numero di telefono dell'assicurazione:

** prima di fare richiesta per l'assistenza finanziaria, è necessario aver richiesto il Medicaid nei 6 mesi precedenti, e sarà necessario fornire la prova del suo rifiuto.

Nota: L'assistenza finanziaria potrebbe non essere applicabile se è stato creato un conto di risparmio sanitario (HSA), un conto di rimborso sanitario (HRA), un conto spese flessibili (FSA) o un fondo simile, preposto per le spese sanitarie familiari. Prima che l'assistenza possa essere fornita è necessario attingere ai fondi istituiti.

Per richiedere l'assistenza finanziaria compilare quanto segue:

Indicare tutti i membri della famiglia, inclusi il paziente, i genitori, figli e fratelli/sorelle, naturali o adottati, minori di 18 anni e che vivono a casa.

Familiare	Età	Relazione con il paziente	Fonte di reddito o Nome del datore di lavoro	Reddito mensile lordo
1.				
2.				
3.				
4.				

Oltre alla richiesta di assistenza finanziaria, è necessario che la documentazione che segue venga allegata alla presente richiesta:

- La dichiarazione dei redditi attuale, sia federale che statale

- Il modulo W2 corrente e/o i moduli 1099
- Le ultime quattro buste paga
- Gli ultimi quattro estratti conto e/o conti risparmio
- I conti per le spese sanitarie
- Gli accordi per il rimborso delle spese sanitarie
- I conti spesa flessibili

Nel caso in cui detti documenti non fossero disponibili, si prega di contattare il Financial Counseling Unit (Ufficio Consulenza Finanziaria) al (617) 667-5661 per valutare quale altra documentazione è possibile fornire.

Apponendo la mia firma in basso, certifico di aver letto attentamente la Politica di Assistenza Finanziaria e le relative procedure, e che tutto quanto da me dichiarato o qualsiasi documento da me allegato alla presente è vero e corretto per quanto di mia conoscenza. Comprendo che fornire false informazioni al fine di ottenere assistenza finanziaria è contro la legge.

Firma del richiedente: _____

Relazione con il paziente: _____

Data di compilazione: _____

Se il tuo reddito viene integrato in qualsiasi modo, o hai inserito nella presente richiesta \$0,00 come reddito, ti preghiamo di far riempire la dichiarazione di supporto in basso dalla persona(e) che fornisce aiuto a te e alla tua famiglia.

Dichiarazione di supporto

Sono stato designato dal paziente/dalla parte responsabile per fornire supporto finanziario. A seguire, una lista dei servizi e del supporto da me fornito.

Certifico e confermo che tutte le informazioni fornite sono vere e corrette per quanto di mia conoscenza. Comprendo che la mia firma non mi renderà finanziariamente responsabile per le spese mediche del paziente.

Firma: _____ Data di compilazione: _____

Si prega di concedere 30 giorni dalla data della ricezione della richiesta completa per la determinazione dell'idoneità.

Se ammissibile, l'assistenza finanziaria viene garantita per un periodo di sei mesi dalla data di approvazione ed è valida per tutti gli affiliati di Beth Israel Lahey Health come elencati nell'appendice 5 delle rispettive Politiche di Assistenza Finanziaria:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Solo ad uso dello staff.	
Richiesta ricevuta da:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>