

La preghiamo di compilare tutte le informazioni completamente. Se non è pertinente, scriva "N/A". Alleghi pagine aggiuntive se necessario.*

INFORMAZIONI SULLO SCREENING

 Ha bisogno di un interprete? Sì No *Se sì, elenchi la lingua preferita:*

 Il paziente ha richiesto Medicaid? Sì No

 Il paziente riceve servizi pubblici statali come TANF, Basic Food oppure WIC? Sì No

 Il paziente è attualmente senzattetto? Sì No

 È il bisogno di cure mediche del paziente legato a un incidente d'auto o a un infortunio sul lavoro? Sì No

LA PREGHIAMO DI NOTARE CHE

- Non possiamo garantire che Lei sarà idoneo all'assistenza finanziaria, anche se fa domanda.
- Una volta che Lei invia la Sua domanda, noi possiamo controllare tutte le informazioni e possiamo richiedere informazioni aggiuntive o prova di reddito.
- Entro 14 giorni calendariali dopo che riceviamo la Sua domanda completata e la documentazione, La notificheremo se è idoneo all'assistenza.

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE E SUL RICHIEDENTE

nome		secondo nome		cognome	
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro (può specificare _____)		Data di nascita		N. del conto	
Persona responsabile per il pagamento della fattura		Relazione con il paziente	Data di nascita	N. di Previdenza sociale (opzionale)	
Indirizzo				Numero(i) di contatto principale(i) () _____ () _____	
Città	Stato	Codice di avviamento postale			
Indirizzo email:					
Stato di impiego della persona responsabile del pagamento della fattura					
<input type="checkbox"/> Impiegato (data di assunzione: _____) <input type="checkbox"/> Disoccupato (quanto a lungo disoccupato: _____)					
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Disabile <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Altro (_____)					

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

Elenchi i membri della famiglia nella Sua casa, tra cui Lei. "Famiglia" include le persone legate per nascita, matrimonio o adozione che vivono insieme.

DIMENSIONE DELLA FAMIGLIA _____

Alleghi una pagina aggiuntiva se necessario

Nome	Data di nascita	Relazione con il paziente	Se ha 18 anni o più: Nome del(i) datore(i) di lavoro oppure fonte del reddito	Se ha 18 anni o più: Reddito mensile lordo totale (prima delle tasse):	Sta facendo anche richiesta per assistenza finanziaria?
					Sì / No
					Sì / No
					Sì / No
					Sì / No

Spunti la sede della struttura nella quale è stato visto:

 MultiCare Puget Sound Hospitals

 MultiCare Inland Northwest Hospitals

 Woodcreek Pediatrics

 MultiCare Puget Sound Clinics

 MultiCare Rockwood Clinic

 ABC Clinics

* In vigore l'1 marzo 2018, le visite presso MultiCare Immediate Clinics, MultiCare Indigo Urgent Care e MultiCare Urgent Care Clinic non sono più coperte dal programma di aiuto finanziario di MultiCare.

 Olympic Sports and Spine

MODULO PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA FINANZIARIA – RISERVATO

(cont.)

INFORMAZIONI SUL REDDITO

SI RICORDI: deve includere la prova del reddito nella Sua domanda.

Lei deve fornire informazioni sul reddito della Sua famiglia. Fonti di reddito includono, ad esempio:

- Stipendi - Disoccupazione - Lavoro autonomo - Paga del lavoratore - Disabilità - SSI (Supplemental Security Income, Reddito previdenziale supplementare) - Supporto figli/coniuge
- Programmi di studio lavorativo (studenti) - Pensione - Distribuzioni del conto pensione - Altro (*spieghi* _____)

La verifica del reddito viene richiesta per determinare l'assistenza finanziaria.

Tutti i membri della famiglia di 18 anni o più devono rivelare il proprio reddito. Se Lei non può fornire la documentazione, potrebbe presentare una dichiarazione firmata e scritta che descrive il Suo reddito. Fornisca la prova per ogni fonte di reddito identificata.

Esempi di prova di reddito includono:

- una dichiarazione delle trattenute "W-2"; oppure
- matrici della paga attuali (3 mesi); oppure
- dichiarazione dei redditi dell'anno scorso, tra cui quadri se applicabili; oppure
- dichiarazioni scritte e firmate da parte di datori di lavoro o altri; oppure
- approvazione/rifiuto dell'idoneità per l'indennità di disoccupazione.

Se Lei non ha prova di reddito o non ha alcun reddito, alleggi una pagina aggiuntiva con una spiegazione.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Alleggi una pagina aggiuntiva se ci sono altre informazioni sulla Sua situazione finanziaria attuale che Lei vuole che noi sappiamo, come difficoltà finanziaria, reddito stagionale o temporaneo o perdita personale.

ACCORDO DEL PAZIENTE

Comprendo che MultiCare Health System può verificare le informazioni esaminando le informazioni sul credito e ottenendo informazioni da altre fonti per assistere nel determinare l'idoneità per l'assistenza finanziaria o i piani di pagamento.

Confermo che le informazioni sopra riportate sono vere e corrette per quanto ne so. Comprendo che se le informazioni che do sono determinate essere false, il risultato sarà il rifiuto dell'assistenza finanziaria e sarò responsabile e si prevederà che paghi per i servizi forniti.

Firma della persona che fa la richiesta

Data