

**Programma di Assistenza Finanziaria per Cure
Ospedaliere del New Jersey**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

*ALLEGARE A QUESTA DOMANDA I DOCUMENTI COMPROVANTI L'IDENTITÀ, IL REDDITO E IL PATRIMONIO.
INVIARE FOTOCOPIE DI TUTTI I DOCUMENTI RICHIESTI. NON INVIARE GLI ORIGINALI PERCHÉ NON SARANNO RESTITUITI.*

SEZIONE I – Dati Personali

1. NOME DEL PAZIENTE _____ (COGNOME) (NOME) (INZ.SEC.NOM.)		2. NUMERO PREVIDENZA SOCIALE (SSN) ____-____-____
3. DATA DELLA DOMANDA ____/____/____ Mese Giorno Anno	4. DATA INIZIALE DEL SERVIZIO ____/____/____ Mese Giorno Anno	5. DATA RICHIESTA DEL SERVIZIO ____/____/____ Mese Giorno Anno
6. INDIRIZZO DEL PAZIENTE _____		7. NUMERO DI TELEFONO (____)____-____
8. CITTÀ, STATO, CAP _____		9. NUMERO COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE * _____
10. CITTADINANZA U.S.A. <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso		11. PROVA DI RESIDENZA DI 3 MESI NELLO STATO DEL NJ <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
12. NOME DEL GARANTE (se diverso dal paziente) _____		

SEZIONE II – Criteri Patrimoniali

13. Beni personali: _____

14. Patrimonio familiare: _____

15. Il patrimonio comprende:

A. Contanti _____

B. Conti correnti di risparmio _____

C. Conti correnti con assegni _____

D. Certificati di deposito/I.R.A. _____

E. Capitale immobiliare (esclusa abitazione principale) _____

**F. Altri beni (Buoni del Tesoro, titoli negoziabili,
azioni e obbligazioni)** _____

G. Totale _____

* Il numero dei componenti del nucleo familiare comprende il paziente, il coniuge e i figli minori. Una donna in gravidanza viene contata come due componenti familiari.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE (Continua)

SEZIONE III – Criteri di Reddito

Nel determinare l'eleggibilità all'assistenza finanziaria per le cure ospedaliere, per un adulto usare il reddito e i beni del coniuge; per un figlio minore usare il reddito e i beni dei genitori. A questa domanda deve essere allegato un documento comprovante il reddito.

Il calcolo del reddito si basa su dodici mesi, tre mesi o un mese di reddito precedente la data del servizio. Il reddito lordo del paziente o della famiglia è pari a quello minore di quanto segue:

ULTIMI 12 MESI	ULTIMI 3 MESI X 4	ULTIMO 1 MESE X 12
	oppure	
	oppure	

16. FONTE DI REDDITO

	SETTIMANALE	MENSILE	ANNUALE
A. Retribuzione lorda _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Pubblica assistenza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Benefici previdenziali _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Indennità di disoccupazione e polizza infortuni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Benefits per ex militari _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Assegno di mantenimento coniuge/figli _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Altro sostegno finanziario _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pensioni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Assicurazioni o rendite _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendi/Interessi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Reddito da locazione _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Reddito d'impresa netto (lavoro autonomo/ verificato da fonte indipendente) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Altro (sussidio di sciopero, sussidio per addestramento, _____ assegno familiare per militari, reddito patrimoniale o da trust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Totale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE IV - Autocertificazione

Sono consapevole che le informazioni presentate sono soggette a verifica da parte della struttura sanitaria competente e delle autorità federali o statali. In caso di false dichiarazioni rese intenzionalmente dovrò rispondere di tutte le spese ospedaliere e sarò passibile di sanzioni civili.

Su eventuale richiesta della struttura sanitaria, farò domanda di assistenza pubblica o privata per il pagamento delle spese ospedaliere.

Dichiaro che le suddette informazioni riguardanti il numero di componenti del mio nucleo familiare, il mio reddito e il mio patrimonio sono vere e corrette.

Sono consapevole di avere la responsabilità di segnalare all'ospedale qualsiasi cambiamento nello stato del mio reddito o patrimonio.

17. FIRMA DEL PAZIENTE O GARANTE

18. DATA