

Gentile Paziente,

Trova in allegato la richiesta per Medical Hardship per Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital e Lahey Clinic Hospital, Inc. 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.

Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital e Lahey Clinic Hospital, Inc e i rispettivi 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 Department (Ufficio Consulenza Finanziaria)  
Lahey Hospital & Medical Center  
41 Mall Road  
Burlington MA 01803  
781-744-8815

# Richiesta di Assistenza Finanziaria per Medical Hardship

**Si prega di stampare**

Data odierna: \_\_\_\_\_ N. di previdenza sociale

\_\_\_\_\_

Numero di referto medico: \_\_\_\_\_

Nome del paziente: \_\_\_\_\_

Data di nascita del paziente \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Via

Int. Numero

\_\_\_\_\_

Città

\_\_\_\_\_

Stato

\_\_\_\_\_

CAP

Il paziente aveva un'assicurazione sanitaria o Medicaid al momento del/i servizi/o ospedaliero/i? 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 effettiva: \_\_\_\_\_ Numero di telefono dell'assicurazione:

\_\_\_\_\_

*Nota: L'assistenza finanziaria dovuta a difficoltà mediche 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 per Medical Hardship, 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 per Medical Hardship, è necessario che la documentazione seguente 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
- Le copie di tutte le fatture sanitarie

Nel caso in cui detti documenti non fossero disponibili, si prega di contattare il Financial Counseling Unit (Reparto Consulenza Finanziaria) al (781)-744-8815 per valutare quale altra documentazione è possibile fornire.

Elencare tutti i debiti medici e fornire copia delle fatture ricevute nei dodici mesi precedenti:

Data del servizio	Luogo del servizio	Importo dovuto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si prega di fornire una breve spiegazione del perché il pagamento di tali fatture mediche costituirebbe un disagio economico:

---



---



---



---



---



---



---

Apponendo la mia firma, certifico che tutte le informazioni riportate nella richiesta sono vere per quanto di mia conoscenza.

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente: \_\_\_\_\_

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 viene garantita per un periodo di sei mesi dalla data di approvazione ed è valida per tutti gli affiliati di Beth Israel Lahey 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"/> |

Data di ricezione: