



NOME DEL PAZIENTE:

N° DI RIFERIMENTO:

La ringraziamo per aver consentito ai Community Medical Centers di assisterla per rispondere alle sue esigenze in ambito sanitario.

Alla presente comunicazione è allegata una domanda di assistenza sanitaria che ci permetterà di stabilire se e in che misura si trova in difficoltà finanziarie. Se vuole presentare la domanda, le chiediamo di completare il modulo di domanda e di inviarlo entro quindici (15) giorni lavorativi dalla data di questa comunicazione. Le chiediamo di allegare alla domanda i seguenti documenti:

Certificazione del reddito di tutti i membri del nucleo familiare:

1. tre (3) buste paga recenti, modulo W-2 o l'ultima dichiarazione dei redditi presentata, *oppure*
2. se è lavoratore autonomo, l'ultima dichiarazione dei redditi presentata (incluso il prospetto C), *oppure*
3. se è disoccupato, la dichiarazione di indennità di disoccupazione, *oppure*
4. un estratto conto della pensione (se applicabile), *oppure*
5. se riceve assistenza pubblica, dovrà fornire un documento che attesti l'idoneità a partecipare o l'iscrizione a uno dei seguenti programmi governativi: Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (Food Stamps), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment) o WIC (Women, Infants and Children)

I pazienti che dispongono di un'assicurazione sanitaria **devono** anche presentare documenti che attestino che almeno il 10% del reddito familiare è stato utilizzato o dovrà essere utilizzato per il pagamento di spese mediche nel corso degli ultimi 12 mesi. Tutti gli importi correnti, le fatture/ricevute mediche, le spese per farmaci e i premi dell'assicurazione medica possono rientrare nel limite del 10%.

I Community Medical Centers sono in prima linea per sostenere la nostra comunità. Siamo lieti di averla potuta aiutare in un momento di difficoltà.

Per dubbi o domande su questo profilo o sulla documentazione richiesta, può contattarci al numero (559) 459-3939 o (800) 773-2223 (opzione 3). Le domande incomplete non verranno prese in considerazione.

Le domande completate e firmate e la relativa documentazione devono essere inviate all'indirizzo indicato di seguito o trasmesse via fax al numero (559) 230- 8505:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

Data del modulo consegnato/spedito _____ Modulo da inviare entro il _____

Domanda di assistenza finanziaria CMC

NOME DEL PAZIENTE	CODICE PAZIENTE:
	CARTELLA CLINICA N°

I. PAZIENTE / PARTE RESPONSABILE

COGNOME	NOME INIZIALE DEL SECONDO NOME
INDIRIZZO	NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE
	NUMERO DI TELEFONO DI CASA
	NUMERO DI CELLULARE
NOME DEL DATORE DI LAVORO	NUMERO DI TELEFONO DI LAVORO
	REDDITO MENSILE LORDO IN \$

II. CONIUGE / CONVIVENTE

COGNOME	NOME INIZIALE DEL SECONDO NOME
INDIRIZZO	NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE
	NUMERO DI TELEFONO DI CASA
	NUMERO DI CELLULARE
NOME DEL DATORE DI LAVORO	NUMERO DI TELEFONO DI LAVORO
	REDDITO MENSILE LORDO IN \$

III. INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE

Indicare il coniuge o il convivente ed eventuali figli a carico di età inferiore ai 21 anni. Se il paziente è un minore, indicare i genitori o i tutori legali ed eventuali (fratelli e sorelle di età inferiore ai 21 anni)

NOME	DATA DI NASCITA	RELAZIONE

NUMERO DI MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE:

IV. REDDITO MENSILE LORDO	
Reddito mensile del paziente/della parte responsabile	\$
Reddito mensile del coniuge/convivente (se applicabile)	\$
Reddito da pensione	\$
Assegni alimentari/di mantenimento ricevuti	\$
Disoccupazione/indennità da infortunio	\$
Previdenza sociale/pensione di invalidità	\$
Altri redditi	\$
Se si ricevono assegni alimentari/di mantenimento, indicarli qui per la detrazione	\$
REDDITO MENSILE LORDO COMPLESSIVO =	\$

V. ALTRE INFORMAZIONI		
	Sì	No
Hai più di 18 anni e sei indicato come "soggetto a carico" nella dichiarazione dei redditi dei tuoi genitori?		
Sei iscritti a uno dei seguenti programmi: Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (Food Stamps), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment) o WIC (Women, Infants and Children)?		
Disponi di un'assicurazione sanitaria?		
La visita medica si è resa necessaria a causa della responsabilità di una terza parte, ad esempio a seguito di un incidente automobilistico?		
Hai presentato una domanda di partecipazione al programma Medi-Cal o Medicare?		
Hai presentato una domanda di partecipazione al programma Covered California?		

LE DOMANDE INCOMPLETE O CONTENENTI INFORMAZIONI NON VERITIERE VERRANNO RIFIUTATE

NEL COMPLETARE QUESTA DICHIARAZIONE FINANZIARIA, AFFERMO CHE LE AFFERMAZIONI RIPORTATE SOPRA SONO CORRETTE E COMPLETE, E DO IL MIO CONSENSO A ULTERIORI VERIFICHE DA PARTE DEI COMMUNITY MEDICAL CENTERS.

FIRMA: _____

NOME DEL PAZIENTE: _____

DATA: _____

RELAZIONE (SE DIVERSA DA PAZIENTE): _____

Inviare la domanda compilata e la documentazione al seguente indirizzo, o inviare un fax al (559) 230- 8505:

Patient Financial Services
 Community Medical Centers
 PO Box 1232
 Fresno, CA 93715-9889