



## **Istruzioni per la domanda di assistenza finanziaria**

### **Forniremo assistenza finanziaria per servizi medici necessari a pazienti idonei.**

L'idoneità all'assistenza finanziaria si basa sulle linee guida federali sulla povertà (pubblicate annualmente nel *Federal Register*, la gazzetta ufficiale degli Stati Uniti). I pazienti che non dispongono di copertura assicurativa o di altri mezzi per pagare i servizi medici necessari possono chiedere di essere presi in considerazione per l'assistenza finanziaria.

I pazienti che presentano domanda di assistenza DEVONO presentare domanda per tutta l'assistenza attraverso programmi federali, statali e locali (Medicaid, County Health Plans, ecc.) e fornire comprovanti delle domande e/o del diniego dei programmi a McLaren Health Care.

#### **FORNIRE I SEGUENTI DOCUMENTI:**

- **DOMANDA COMPLETA DI ASSISTENZA FINANZIARIA** (le domande non complete non saranno prese in considerazione)
- **PROVA DEL REDDITO FAMILIARE** (ULTIME DUE BUSTE PAGA, ESTRATTI CONTO BANCARI O ALTRE PROVE)
- **MODULO DI VERIFICA DEL REDDITO** (SE AL MOMENTO NON SI DISPONE DI REDDITO)
- **COPIA DELL'ULTIMA DICHIARAZIONE DEI REDDITI**
- **AGGIUNGERE UNA NOTA SE QUALUNQUE PARTE DELLA DOCUMENTAZIONE NON È DISPONIBILE**

McLaren Health Care può richiedere documenti finanziari aggiuntivi necessari all'elaborazione della domanda di assistenza finanziaria.

#### **INVIARE LA DOMANDA COMPILATA E I DOCUMENTI DI SUPPORTO ENTRO QUATTORDICI (14) GIORNI A:**

McLaren Corporate Services  
Attn: Revenue Cycle Operations  
50820 Schoenherr Rd.  
Shelby Township, MI 48315

**Per richieste di informazioni o se è necessaria assistenza per completare la domanda, contattare:**  
Reparto di assistenza clienti per i servizi finanziari  
per pazienti chiamando il numero  
(844) 321-1557



## HEALTH CARE

### Income Verification Form (modulo di verifica del reddito)

Questo modulo deve essere usato solo quando chi richiede assistenza finanziaria dichiara di non avere alcun reddito.

Completare tutti i campo del modulo affinché questo sia valido.

Nome richiedente:	Indirizzo corrente richiedente:
-------------------	---------------------------------

#### Verifica reddito richiedente

Io, \_\_\_\_\_, certifico di non possedere alcun reddito da lavoro o di altro tipo. Concedo a McLaren Health Care il permesso di verificare questa dichiarazione. Comprendo che se McLaren Health Care rileva che dispongo di reddito da lavoro o di altro tipo, non sarà idoneo a ricevere assistenza finanziaria.

Al momento, sono assistito da (elencare come le spese minime sono coperte, gli alimenti, l'abbigliamento, l'alloggio, includendo il nome di tutte le persone che forniscono aiuto):

---

---

---

---

Comprendo che un rappresentante di McLaren Health Care può contattare le persone elencate sopra per verificare i dati forniti.

#### Firma

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

Nome in stampatello: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region
- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic
- Hospital Northern Michigan Regional Hospital
- Altro \_\_\_\_\_

### Domanda di assistenza finanziaria

Saldo dovuto \_\_\_\_\_ N. conto \_\_\_\_\_

Nome paziente \_\_\_\_\_ Numero sicurezza sociale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Codice Postale \_\_\_\_\_

Telefono domicilio \_\_\_\_\_ Telefono alternativo \_\_\_\_\_

Nome responsabile (garante) \_\_\_\_\_ Numero sicurezza sociale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_ Telefono lavoro \_\_\_\_\_

Selezionare un'opzione:  Dipendente  Lavoratore autonomo  Disoccupato  Pensionato  Disabile

Se dipendente, tipologia di lavoro:  A tempo pieno  Part-time  Occasionale N. medio ore/settimana \_\_\_\_\_

Nome coniuge \_\_\_\_\_ Numero sicurezza sociale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Datore di lavoro coniuge \_\_\_\_\_

Selezionare un'opzione:  Dipendente  Lavoratore autonomo  Disoccupato  Pensionato  Disabile

Se dipendente, tipologia di lavoro:  A tempo pieno  Part-time  Occasionale N. medio ore/settimana \_\_\_\_\_

Nome ed età delle persone a carico (includere sé stessi e il proprio coniuge) \_\_\_\_\_

#### Risparmi (CD, Money Market, IRA), conti correnti e Credit Union

Nome banca	Città	Tipo di conto	Saldo

La casa è di proprietà?  Sì  No Se sì, inserire nell'elenco a seguire.

Si possiedono altri beni? Veicolo, camper, altre proprietà immobiliari  Sì  No Se sì, inserire nell'elenco a seguire.

#### BENI

Beni - Casa, veicolo, ecc.	Valore di mercato	Importo prestito non pagato

**REDDITO E SPESE MENSILI**

Voce di reddito	Importo (mensile)	Voce di spesa	Importo (mensile)
Reddito lordo totale del nucleo familiare		Affitto/mutuo	
Reddito da sicurezza sociale		Tasse sugli immobili	
Reddito da interessi		Automobile	
Reddito da affitti		Assicurazione: RC Proprietari	
Assegno divorzile		Assicurazione: Automobile	
Contributo al mantenimento del minore		Assicurazione: Sanitaria	
Pensione		Assicurazione: Vita	
Assistenza generale		Bollette	
Sussidio di disoccupazione		Alimentari	
Assistenza statale/federale		Benzina	
Contributi da altri		Mediche	
Reddito da contratto su terreni		Assegno divorzile/contributo al mantenimento del minore	
Indennità per malattia		Altro	
Assegnazione a famiglia di militari		Altro	
Altro (specificare)		Altro	

**CREDITO A RATE E CARTE DI CREDITO**

Creditore	Saldo dovuto	Pagamento mensile

Reddito lordo	Spese complessive

Allegare tutti i dettagli aggiuntivi relativi a reddito e spese che possono essere pertinenti alla domanda.

Io sottoscritto/a affermo che le informazioni che precedono sono accurate per quanto di mia conoscenza. Autorizzo McLaren Health Care Corporation (MHCC) e le sue sussidiarie a verificare la completezza ed accuratezza di qualunque dato. Autorizzo inoltre il rilascio di tali dati a MHCC e alle sue affiliate. Coprendo che, in qualità di organizzazione di beneficenza, MHCC può fornirmi cure a costo ridotto o gratuite. Comprendo inoltre che per la decisione può essere richiesto un rating del credito personale.

\_\_\_\_\_ Firma del paziente o del responsabile \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma coniuge \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Le approvazioni sono valide per sei mesi, dopo i quali saranno necessarie informazioni aggiornate per altri servizi. Per qualunque saldo rimanente, dovranno essere raggiunti accordi consoni che possono essere rivisti a discrezione di MHCC.

APPROVATO  RESPINTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZZATA

\_\_\_\_\_  
DATA

MOTIVO DEL RIFIUTO: