

L'impegno del Boston Children's Hospital (l'"Ospedale") e delle sue Fondazioni mediche (le "Fondazioni") è di rappresentare una risorsa per i bambini bisognosi di cure, indipendentemente dalla disponibilità economica. Con il presente Modulo di richiesta di sostegno finanziario vengono valutate le opportunità di assistenza per tutte le cure di emergenza e le altre cure mediche necessarie dispensate dall'Ospedale e dalle Fondazioni. Si prega di scrivere in stampatello e di completare tutte le sezioni pertinenti.

L'Ospedale e le Fondazioni collaboreranno con i pazienti alla richiesta di assistenza pubblica (ad es., Medicaid, Commonwealth Care e Health Safety Net) a seconda dei casi. La mancata richiesta dell'assistenza pubblica per la quale si potrebbero possedere i requisiti può comportare il rifiuto della richiesta di sostegno finanziario da parte dell'Ospedale e delle Fondazioni.

Per eventuali domande riguardanti la compilazione di questo modulo, rivolgersi all'unità di consulenza finanziaria (Financial Counseling Unit) del Dipartimento dei servizi finanziari per i pazienti (Patient Financial Services Department) recandosi di persona all'Ospedale all'indirizzo 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115, oppure chiamando il numero (617) 355-7201.

Spedire per posta i moduli compilati a:

**Boston Children's Hospital**  
**Patient Financial Services – Financial Counseling**  
**300 Longwood Avenue**  
**Farley Building Room 160**  
**Boston, MA, 02115**

### 1. Dati del/la richiedente

Nota 1: Per richiedente si intende la persona che compila il modulo.

Generalità del/la richiedente (Nome, secondo nome, cognome)	
Rapporto con il/la paziente	
N. cartella clinica del/la paziente del Boston Children's	
Data (o date) della prestazione per il sostegno finanziario richiesto	
Numero (o numeri) di conto per il sostegno finanziario richiesto	
Importo in dollari richiesto	

### 2. Dati del/la paziente e del/la garante del/la paziente

Nota 2: Per paziente si intende la persona che beneficerà della richiesta, ovvero la persona che ha ricevuto o sta ricevendo le cure mediche.

Nota 3: Per garante del/la paziente si intende la persona finanziariamente responsabile della fattura.

<sup>1</sup> La Politica di sostegno finanziario del Boston Children's Hospital non si applica alla Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC operante come Boston Children's Pharmacy o agli eventuali articoli forniti da Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC operante come Boston Children's Pharmacy.

Generalità del/la paziente (Nome, secondo nome, cognome)	
Data di nascita del/la paziente	

Social Security Number del/la paziente (se rilasciato)	
Indirizzo del/la paziente	<input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> In affitto <input type="checkbox"/> Non applicabile
Numero di telefono del/la paziente	
Nome e cognome del/la garante del/la paziente	
Indirizzo del/la garante	
Rapporto del/la garante con il/la paziente	
Datore di lavoro del/la garante	
Indirizzo del datore di lavoro del/la garante	

- Per la verifica della residenza, includere una copia della patente di guida, dell'estratto conto del mutuo, del contratto di affitto, della ricevuta di versamento delle tasse, della bolletta elettrica, dell'utenza di acqua e gas o della bolletta telefonica.

Il/La paziente ha richiesto l'assistenza pubblica, come Medicaid, Commonwealth Care o Health Safety Net?

Sì    No    Non noto   Risultati \_\_\_\_\_

Se la risposta è Sì, indicare i risultati della richiesta.  
 Se il/la paziente usufruiva di assistenza pubblica alla data della prestazione, fornire i dati corrispondenti con il modulo.  
 Se l'assistenza pubblica è stata negata in precedenza, fornire i dati del rifiuto.

Alla data della prestazione, il/la paziente possedeva un'assicurazione sanitaria?

Sì    No    Non noto   Assicurazione sanitaria \_\_\_\_\_

Se il/la paziente possedeva un'assicurazione alla data della prestazione, fornire i dati corrispondenti con il modulo.

Il/La paziente o il/la garante ha accesso a un'assicurazione sanitaria tramite il proprio datore di lavoro?

Sì    No    Non noto   Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Il/La paziente o il/la garante ha attivato il recesso volontario dall'assicurazione negli ultimi 60 giorni?

Sì     No     Non noto    Assicurazione \_\_\_\_\_

Il/La paziente aveva una causa, una liquidazione o un'azione risarcitoria in via di soluzione rispetto alla data della prestazione?

Sì     No     Non noto    Risultati \_\_\_\_\_

Se il/la paziente aveva una causa, una liquidazione o un'azione risarcitoria in via di soluzione, fornire lo stato con il modulo.

Il/La paziente ha accesso a un'altra fonte di finanziamento per provvedere al pagamento dei servizi medici necessari?

Sì     No     Non noto    Fonte di finanziamento \_\_\_\_\_

### 3. Informazioni sulla famiglia

L'Ospedale determina l'idoneità ai programmi di sostegno finanziario in base al reddito familiare del/la paziente. Le tariffe scontate sono determinate seguendo le direttive sulle soglie federali di povertà (Federal Poverty Guidelines, FPG). Indicare di seguito il/la paziente e il relativo genitore (o genitori) e tutore legale (siano essi conviventi oppure no con il/la paziente). Indicare inoltre tutti i familiari che convivono con il/la paziente, compresi fratelli e sorelle minori di 18 anni che convivono con il/la paziente. Se il/la paziente è sposato/a, indicare anche il coniuge. Se il numero di familiari è maggiore di 6, aggiungere un altro foglio.

Numero di familiari	
---------------------	--

ID	Generalità del familiare (Nome, secondo nome, cognome)	Rapporto con il/la paziente	Data di nascita	Età
1				
2				
3				
4				
5				
6				

#### 4. Reddito familiare

Indicare il reddito lordo familiare complessivo nei 6 e 12 mesi precedenti la data della prestazione a cui fa riferimento questa richiesta di sostegno finanziario. Il reddito lordo familiare è al lordo delle imposte e include salari, indennità di disoccupazione, indennità per infortuni sul lavoro e una serie di altre forme di reddito. Il reddito familiare va indicato per il/la paziente, i suoi genitori e tutori legali (siano essi conviventi oppure no con il/la paziente) e per i fratelli e le sorelle minori di 18 anni che convivono con il/la paziente. Se il/la paziente è sposato/a, il reddito familiare dovrà includere anche quello del coniuge. Per ciascun tipo di reddito è possibile indicare più fonti.

Tipo di reddito familiare	Fonte o fonti dei familiari	Ultimi 6---mesi Lordo in dollari	Ultimi 12---mesi Lordo in dollari
Salari			
Indennità di disoccupazione			
Indennità per infortunio sul lavoro			
Sussidi pubblici			
Pensione			
Rendita da locazione			
Indennità di invalidità			
Assegni familiari (se non riportati nel salario)			
Alimenti (se non riportati nel salario)			
Previdenza sociale (social security)			
Dividendi / Interessi / Diritti di licenza			
Altro			
Totale			

- Per la verifica del reddito, includere le dichiarazioni fiscali dell'anno precedente, il modulo W2 dell'anno precedente, 4 cedolini paga recenti o un certificato redatto dal datore di lavoro, l'assegno di previdenza sociale, l'assegno di invalidità oppure una dichiarazione giurata firmata in cui si attesta l'assenza di redditi.

#### 5. Certificazione e firma

Chiedo che l'Ospedale prenda una decisione in merito all'idoneità al sostegno finanziario. Sono consapevole che queste informazioni sono riservate e soggette a verifica da parte dell'Ospedale. Sono inoltre a conoscenza del fatto che se le informazioni fornite risultano essere false, mi potrebbe essere negato il sostegno finanziario e potrei essere tenuto/a a pagare l'Ospedale e la Fondazione per le prestazioni dispensate. Dichiaro che le informazioni fornite nel presente modulo sono complete e accurate per quanto di mia conoscenza e riconosco la procedura e le mie responsabilità.

Generalità del/la richiedente (Nome, secondo nome, cognome)	
Firma	Data