



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

RICHIESTA RISERVATA PER ASSISTENZA FINANZIARIA

Per i servizi ospedalieri e professionali forniti dalle strutture e dai medici del Trinity Health

Personale e riservato

Garante:

Numero del caso:

Pazienti inclusi nel caso:

grazie per avere scelto Trinity Health Michigan come fornitore di assistenza medica. Compila la richiesta allegata e reinviata all'indirizzo in basso per completare la valutazione della tua assistenza finanziaria.

Se hai domande, contatta il nostro Centro di Servizi al Consumatore al 800-494-5797, dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 17:00. fuso orario della Costa Orientale.

Cordiali saluti,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
A nome di Trinity Health Michigan
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

RICHIESTA RISERVATA PER ASSISTENZA FINANZIARIA

Per i servizi ospedalieri e professionali forniti dalle strutture e dai medici del Trinity Health

Compila e firma il modulo di richiesta e restituiscilo entro 10 giorni includendo copie dei seguenti documenti:

Verifiche richieste

- Copia del reddito lordo del mese precedente
- Dichiarazioni bancarie complete dei due mesi precedenti di tutti i conti bancari, con tutte le pagine incluse (spiegazione per depositi ricorrenti)
- Dichiarazioni dei redditi recenti (modulo 1040 con schede C, E o F) o dichiarazioni di profitti o perdite di tre mesi (per lavoratori autonomi/dipendenti)

Fornisci i seguenti documenti, ove applicabile

- W2 recente per reddito stagionale
- Sussidio di disoccupazione/Lettera di rifiuto
- Reddito di mantenimento dei figli/Alimenti
- Nessun reddito - Completa la parte della richiesta Lettera per sostegno finanziario

Dati del paziente

Nome del paziente		Data di nascita	
Numero di previdenza sociale/EIN (facoltativo)	Numero di cellulare	Altro numero di telefono	
Indirizzo postale	Città	Stato	CAP
Indirizzo email	In quale stato risiedi?		
Stato civile <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Altro _____			
Hai una dichiarazione dei redditi federale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se no, perché?	Puoi dichiararti persona a carico della dichiarazione dei redditi di qualcun altro <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Tu o le persone a tuo carico avevate una copertura di assicurazione sanitaria al momento del servizio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (Fornire copia della carta assicurativa)			
Sei residente documentato negli Stati Uniti? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere			

RICHIESTA RISERVATA PER ASSISTENZA FINANZIARIA

Per i servizi ospedalieri e professionali forniti dalle strutture e dai medici del Trinity Health

Membri della famiglia, incluso te, in base alle tue recenti dichiarazioni dei redditi	Data di nascita	Rapporto con il paziente	Dichiarato sulla dichiarazione dei redditi (Sì/No)

Verifica di reddito per tutti i membri della famiglia

Fonte di reddito mensile	Chi lo percepisce?	Reddito lordo mensile (prima delle tasse)	Fonte di reddito mensile	Chi lo percepisce?	Reddito lordo mensile (prima delle tasse)
Salari			Stipendio		
Previdenza sociale/Disabilità			Disoccupazione		
Pensione			Mantenimento dei figli/Alimenti		
Lavoro autonomo			Reddito da affitto di terreni		
Assistenza pubblica			Altro		

Lettera di sostegno finanziario - Deve essere compilata solo dalla persona che fornisce il sostegno

- Fornisco più del 50% di sostegno per le spese di vita, ma non sono in grado di sostenere le spese mediche.
- Firmando questa lettera, dichiaro che l'affermazione di cui sopra è corretta e che non sarò in alcun modo ritenuto responsabile per le spese mediche del paziente. Per domande, contattatemi al _____ (Numero di telefono)

Nome della persona che fornisce il sostegno	Rapporto con il paziente
Firma della persona che fornisce il sostegno	Data

VERIFICA DEL REDDITO E IDENTIFICAZIONE



20555 Victor Parkway
Livonia, Michigan 48152

RICHIESTA RISERVATA PER ASSISTENZA FINANZIARIA

Per i servizi ospedalieri e professionali forniti dalle strutture e dai medici del Trinity Health

Certifico che le informazioni elencate nella presente richiesta sono vere e complete al meglio della mia conoscenza. So che le informazioni fornite sono soggette a verifica. Sarò responsabile del rimborso di ogni servizio fornito agli affiliati del Trinity Health se le informazioni di cui sopra sono fornite sotto falso pretesto

Firma del paziente : _____ Data : _____

O firma del tutore legale (ove applicabile) : _____ Data : _____

Rapporto con il paziente : _____ Data : _____

Invia la richiesta all'indirizzo di cui sopra, invia un fax al 312-871-3350 e o carica i documenti su My Chart (Portale del paziente)- <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Se hai domande, contatta il nostro Centro di Servizi al Consumatore al 800-494-5797 dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 17:00. fuso orario della Costa Orientale.