



## **Istruzioni per la Richiesta di Assistenza Sanitaria**

### **Forniremo Assistenza Finanziaria per le prestazioni Mediche Necessarie per i pazienti qualificati.**

La qualifica per l'assistenza finanziaria si baserà sulle Linee Guida della Soglia della Povertà (pubblicato annualmente nel Registro Federale). I pazienti che indicano di non avere un'assicurazione sanitaria o altri mezzi per pagare le prestazioni mediche necessarie possono richiedere di essere presi in considerazione per l'Assistenza Finanziaria.

#### **SIETE PREGATI DI ESIBIRE I SEGUENTI DOCUMENTI:**

- **LA SOMANDA COMPILATA PER L'ASSISTENZA FINANZIARIA** (quelle incomplete non verranno prese in considerazione)
- **PROVA DEL REDDITO FAMILIARE**  
**Residenti del Michigan:** Le ultime 4 buste paga e 2 estratti conto bancari o altre prove  
**Residenti del Ohio:** Prova del reddito (3 mesi)
- **MODULO PER LA VERIFICA DEL REDDITO** (SE ATTUALMENTE NON AVETE ALCUNA FORMA DI REDDITO)
- **COPIA DELL'ULTIMA DICHIARAZIONE DEI REDDITI FEDERALE PRESENTATA**
- **PER FAVORE INDICATE SE QUALSIASI DOCUMENTAZIONE NON FOSSE REPERIBILE**

La McLaren Health Care potrebbe richiedere ulteriori documenti finanziari necessari per elaborare la Richiesta per l'Assistenza Finanziaria.

#### **SIETE PREGATI DI RINVIARE LA RICHIESTA COMPLETATA ED I DOCUMENTI DI SUPPORTO ENTRO QUATTORDICI (14) GIORNI A:**

McLaren Corporate Services  
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service  
50820 Schoenherr Rd.  
Shelby Township, MI 48315  
O [FinancialAssistance@mclaren.org](mailto:FinancialAssistance@mclaren.org)

**Tutte le informazioni richieste devono essere fornite per poter elaborare/rivedere per avere l'Assistenza Finanziaria.**

**Se avete qualunque domanda o se avete necessita' di assistenza per compilare la richiesta, siete pregati di contattare:**

Servizi finanziari per i pazienti  
Reparto Assistenza Clienti  
(844) 321-1557



### Modulo per la Verifica del Reddito

Il presente modulo esclusivamente quando il richiedente dell'Assistenza Finanziaria indica di non avere alcun reddito.

Affinche' il presente modulo sia valido tutti i campi devono essere compilati.

Nome del Richiedente:	Indirizzo attuale del Richiedente:
-----------------------	------------------------------------

#### Verifica del Reddito del Richiedente

I, \_\_\_\_\_, attesto di non aver alcun reddito guadagnato o non guadagnato. Do' alla McLaren Health Care il permesso di verificare la presente dichiarazione. Comprendo che se la McLaren Health Care rilevasse che ho del reddito guadagnato o non guadagnato, verro' squalificato dal ricevere l'assistenza finanziaria.

Attualmente sono mantenuto/a da (elenchi come fa fronte lle spese di base, cibo, abbigliamento, riparo, compresi i nomi di tutti gli individui che le forniscono il mantenimento):

---

---

---

---

---

Comprendo che un rappresentante della McLaren Health Care potrebbe contattare gli individui sopra elencati per verificare le informazioni fornite.

#### Firma

Firma del Richiedente: \_\_\_\_\_

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

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> McLaren-Bay Region       | <input type="checkbox"/> McLaren-Macomb              |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Bay Special Care | <input type="checkbox"/> McLaren Medical Group       |
| <input type="checkbox"/> McLaren Cancer Institute | <input type="checkbox"/> McLaren-Oakland             |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Central Michigan | <input type="checkbox"/> McLaren-Orthopedic Hospital |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Clarkston        | <input type="checkbox"/> McLaren Northern Michigan   |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Flint            | <input type="checkbox"/> McLaren Caro Region         |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Greater Lansing  | <input type="checkbox"/> McLaren Thumb Region        |
| <input type="checkbox"/> McLaren Health Care      | <input type="checkbox"/> McLaren St. Lukes           |
| <input type="checkbox"/> McLaren Health Plan      | <input type="checkbox"/> Altri _____                 |
| <input type="checkbox"/> McLaren Homecare Group   |  |
| <input type="checkbox"/> McLaren-Lapeer Region    |  |

## Riesta di Assistenza Finanziaria

---

Totale del Saldo(i) da Pagare \_\_\_\_\_ Numero di Conto \_\_\_\_\_

Nome del Paziente \_\_\_\_\_ N. di Previdenza Sociale. \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Citta' \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ C.A.P.( Zip Code) \_\_\_\_\_

Telefono di casa \_\_\_\_\_ Telefono Alternativo \_\_\_\_\_

Nome del Garante Responsabile (Garante) \_\_\_\_\_ N. di Previdenza Sociale. \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Datore di Lavoro \_\_\_\_\_ Telefono al lavoro \_\_\_\_\_

Per favore contrassegnare uno:     Attualmente Inpiegato     Lavoro in proprio     Disoccupato     Pensionato     Disabile

Se impiegato, lavorag:  Full-time     Part-time     Occasionalmente    Media delle ore lavorative settimanali \_\_\_\_\_

Nome del Coniuge \_\_\_\_\_ N. di Previdenza Sociale. \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Datore di Lavoro del Coniuge \_\_\_\_\_

Per favore contrassegnare uno:     Attualmente Inpiegato     Lavoro in proprio     Disoccupato     Pensionato     Disabile

Se impiegato, lavorag:  Full-time     Part-time     Occasionalmente    Media delle ore lavorative settimanali \_\_\_\_\_

Nome ed eta' delle persone a carico (includere se' stesso ed il coniuge) \_\_\_\_\_

### RISPARMI (Certificati Interbancari, Mercato Monetario, IRA), Conti Correnti e Conti presso Crediti Cooperativi

Nome della Banca	Citta'	Tipo di Conto	Saldo

Ha una casa di proprieta'?     Si     No    Se Si, elenchi sotto.

Possiede altri Beni? Automobili, RV, altri immobili     Si     No    Se si, elenchi di seguito.

### BENI

Bene – Casa, VAutomobile, ecc.	Valore di Mercato	Importo del Mutuo ancora da Pagare

**REDDITO FAMILIARE E SPESE MENSILI**

Articolo di Reddito	Importo (Mensile)	Articolo di Spesa	Amount (Monthly)
Totale lordo Familiare		Affitto/Mutui	
Reddito dalla Previdenza Sociale		Tasse sugli Immobili	
Reddito da Interessi		Automobili	
Reddito da Affitti		Assicurazione: Sulla Casa	
Alimenti		Aussicurazione: Automobili	
Mantenimento dei Minori		Assicurazione: Sanitaria	
Pensione		Assicurazione: Sulla Vita	
Assistenza Generale		Servizi	
Disoccupazione		Alimentari	
Assistenza dello Stato/Federale		Benzina	
Contributi da Altri		Mediche	
Reddito da Contratto su terreno		Alimenti/Mantenimento dei Minori	
Worker's Compensation		Altro	
Assegnazione per Famiglie di Militari		Altro	
Altri (per favore specificare)		Altro	

**PAGAMENTI DI MUTUI E CARTE DI CREDITO**

Creditore	Saldo da Pagare	Pagamenti Mensili

Reddito Totale	Totale delle Spese

Siete pregati di allegare qualsiasi altro particolare pertinente al vostro Reddito ed alle vostre Spese che possano essere pertinenti alla sua richiesta.

Con la presente attesto che le informazioni di cui sopra sono corrette per quanto ne sappia. Autorizzo la McLaren Health Care Corporation (MHCC) e le sue consociate a verificare che qualunque informazione sia completa ed accurata. Inoltre autorizzo dette informazioni ad essere disponibili alla divulgazione alla MHCC ed alle sue consociate. Capisco che, come organizzazione caritatevole, la MHCC potrebbe darmi uno sconto o assistenza gratuita. Inoltre comprendo che, per la procedura decisionale potrebbe essere necessario un resoconto sulla linea di credito personale.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente o della Parte Responsabile

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma del Coniuge

\_\_\_\_\_  
Data

Le Approvazioni sono valide per dodici mesi, allo scadere dei quali verranno richieste informazioni aggiornate per qualunque prestazione futura. Bisogna prendere accordi di pagamenti che siano accettabili per i saldi rimanenti ed a discrezione della MHCC possono essere rivalutati.

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

\_\_\_\_\_  
DATA

DECISIONE:

--