

Informazioni sulla Richiesta di Assistenza Finanziaria UPMC

UPMC offre assistenza finanziaria a persone e famiglie idonee per usufruire di servizi di assistenza medica forniti da strutture UPMC e da medici affiliati a UPMC. In base alle Sue esigenze finanziarie, possono essere disponibili riduzioni dei pagamenti o servizi di assistenza gratuiti.

Si è idonei all'assistenza finanziaria se:

- si possiede un'assicurazione sanitaria limitata o si è privi di assicurazione
- non si è idonei per ottenere l'assistenza pubblica (ad esempio, Medicare o Medicaid)
- si è in grado di dimostrare la necessità finanziaria
- si è residenti nell'area di servizio primaria del provider UPMC
- si forniscono a UPMC le necessarie informazioni sul proprio bilancio familiare
- si devono pagare spese mediche per un importo che supera la propria capacità di pagamento così come definita dalle linee guida di UPMC

Informazioni sulla Procedura di Richiesta

Per richiedere l'Assistenza Finanziaria UPMC, La preghiamo di seguire i passaggi qui descritti:

- Compilare il modulo per la richiesta di assistenza finanziaria UPMC allegato nel presente pacchetto.
 - > Includere i documenti di supporto indicati nella lista di controllo.
 - > Si prega di notare che è prima necessario assicurarsi di non essere idonei a usufruire di qualche tipo di prestazione assicurativa che potrebbe coprire la propria assistenza sanitaria (ad esempio, indennizzi lavorativi, assicurazione automobilistica e Medical Assistance). Possiamo aiutarLa a comprendere come può ottenere le corrette risorse per tali prestazioni.
 - > Poi analizziamo il Suo reddito e le dimensioni del Suo nucleo familiare per determinare il livello di assistenza disponibile per Lei. Usiamo una graduatoria basata sulle linee guida federali che definiscono la soglia di povertà.
- La contatteremo per farLe sapere se è un soggetto idoneo per l'Assistenza Finanziaria UPMC.
- Possiamo aiutarLa a definire un piano di pagamento per eventuali addebiti o conti residui non coperti dall'Assistenza Finanziaria UPMC.

La Compilazione della Domanda

La preghiamo di inviare il Suo modulo di domanda compilato e le copie dei documenti giustificativi del reddito tramite posta ordinaria al seguente indirizzo:

UPMC Financial Assistance

Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

I pazienti del Kane Community Hospital e UPMC Jameson possono inviare il materiale per la richiesta all'indirizzo appropriato indicato di seguito:

Kane Community Hospital

4372 Route 6
Kane, PA 16735

UPMC Jameson

All'attenzione di: Billing Office 1211 Wilmington Rd.
New Castle, PA 16105

Per eventuali domande, chiami il numero gratuito **1-800-371-8359** e selezioni l'opzione **2**. Ulteriori informazioni sono disponibili anche in rete all'indirizzo **UPMC.com/PayMyBill**.

Assistenza Finanziaria UPMC – Lista di Controllo della Documentazione

La richiesta deve includere copie di tutti i documenti elencati di seguito applicabili al Suo caso. Si prega di allegare copie dei documenti, non gli originali, poiché UPMC non potrà restituire i documenti inviati con la richiesta. L'eventuale mancanza di uno o più documenti comporterà un ritardo nella procedura di richiesta.

Se Possiede Redditi o Beni Come:

- Salari, stipendi, mance
- Reddito d'impresa
- Reddito da previdenza sociale
- Reddito da sussidio o pensione
- Dividendi e interessi
- Canoni attivi e royalties
- Indennità di disoccupazione
- Reddito da indennizzo lavorativo
- Alimenti e mantenimento dei figli
- Sentenze legali
- Contanti, conti correnti e conti del mercato monetario
- Certificati di deposito maturati, fondi comuni, obbligazioni o altri investimenti facilmente liquidabili che possono essere incassati senza sanzioni

Allegare una prova del reddito familiare che può includere:

- Moduli 1099 della previdenza sociale o lettere di assegnazione
- Lettere di assegnazione di un'indennità di disoccupazione o di un indennizzo lavorativo
- Le buste paga degli ultimi 3 mesi
- Il modulo IRS 1040 più recente e gli allegati appropriati
- In caso di lavoro autonomo, è necessario includere una dichiarazione dei redditi completa con l'allegato C (Schedule C) e/o una dichiarazione del conto profitti e perdite
- Estratti conto bancari, estratti di fondi comuni, conti del mercato monetario, certificati di deposito, obbligazioni, ecc. (estratti degli ultimi 3 mesi)
- Lettere di garanzia
- Altri redditi come, ad esempio, fondi fiduciari, fondazioni filantropiche, ecc. (estratti degli ultimi 3 mesi)

Se Non Possiede Redditi:

- Se non possiede alcun reddito, ci invii una lettera di garanzia. La persona che garantisce per Lei deve firmare la lettera.

Lettera di Negazione di Assistenza Medica

- Prima che possiamo approvare la Sua richiesta, deve fare richiesta di assistenza medica e inviarci una copia della Sua Lettera di Rifiuto.

Il Suo Modulo per la Richiesta di Assistenza Finanziaria Compilato e Firmato

- La preghiamo di compilare tutte le parti del modulo applicabili alla Sua situazione. Noti che deve essere compilata una domanda separata per ogni singolo paziente che richiede assistenza finanziaria.

Assistenza Finanziaria UPMC – Modulo di Richiesta

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| Nome del paziente: | | |
| Data di nascita del paziente: | Numero di previdenza sociale del paziente: | |
| Indirizzo: | | Telefono (orario di ufficio): |
| Città: | Stato/Regione: | Telefono alternativo: |
| CAP: | Paese: | |
| Nome del datore di lavoro: | | Nome del datore di lavoro del coniuge: |

Servizi richiesti: Selezionare i servizi per i quali si richiede assistenza finanziaria.

Tali servizi sono stati forniti da (selezionare tutte le opzioni applicabili):

Ospedali e cliniche UPMC UPMC Physician Services Centri oncologici UPMC Division

Se si è già ricevuto una fattura, si prega di fornire il proprio numero di conto o di ID paziente: _____

Possiede un'assicurazione sanitaria? Sì No

Ha fatto richiesta di Medical Assistance negli ultimi 6 mesi? Sì No

> In caso di risposta affermativa, accludere una copia della Lettera di Rifiuto.

Informazioni sul nucleo familiare: Elencare TUTTI i membri del proprio nucleo familiare, incluse le persone a carico presenti nel più recente modulo IRS 1040.

| Nomi | Relazione con il paziente | Età |
|------|---------------------------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Numero totale di membri del nucleo familiare (incluso il paziente): _____

Reddito familiare mensile: Indicare un reddito mensile per se stessi e altri membri del nucleo familiare. Allegare anche copie dei documenti giustificativi del reddito (vedere la lista di controllo della documentazione).

| Reddito lordo mensile | Se stessi | Coniuge e/o altri membri del nucleo familiare |
|---|-----------|---|
| Stipendi/lavoro autonomo | \$ | \$ |
| Previdenza sociale | \$ | \$ |
| Reddito da sussidio o pensione | \$ | \$ |
| Dividendi e interessi | \$ | \$ |
| Canoni attivi e royalties | \$ | \$ |
| Disoccupazione | \$ | \$ |
| Indennizzo lavorativo | \$ | \$ |
| Alimenti e mantenimento dei figli | \$ | \$ |
| Contanti | \$ | \$ |
| Conti bancari | \$ | \$ |
| Conti del mercato monetario | \$ | \$ |
| Altro reddito | \$ | \$ |
| Reddito familiare mensile totale | \$ | \$ |

Ulteriori commenti:

Esclusione di responsabilità: Comprendo che le informazioni da me fornite verranno usate unicamente per determinare la responsabilità finanziaria per i miei addebiti presso UPMC (assistenza medica, inclusi servizi ospedalieri e specializzati) e che verranno mantenute riservate. Comprendo che i materiali da me inviati per provare il mio reddito e il mio patrimonio non verranno restituiti. Inoltre, comprendo che le informazioni da me inviate relative al mio reddito familiare annuo e alle dimensioni del mio nucleo familiare sono soggette a verifica da parte di UPMC che, se necessario, può richiedere informazioni finanziarie a datori di lavoro, banche e altre entità da me elencate nella presente domanda. Comprendo che, qualora venisse determinato che alcune delle informazioni da me fornite sono false, ciò comporterà un ritiro dell'approvazione all'assistenza finanziaria e io sarò responsabile dell'intero importo di tutti gli addebiti.

La mia firma autorizza UPMC a verificare tutte le informazioni fornite nel presente modulo. Certifico che, per quanto mi risulta, le succitate informazioni sono vere e accurate.

Firma: _____

Relazione con il paziente: _____

Data: _____