

## Assistenza Finanziaria UPMC – Informazioni sulla richiesta

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 proprie esigenze finanziarie, potrebbero essere disponibili pagamenti ridotti o assistenza gratuita.

### Si potrebbe essere idonei all'assistenza finanziaria se:

- si dispone di un'assicurazione sanitaria limitata o assente
- non si ha diritto all'assistenza del governo (ad esempio, Medicare o Medicaid)
- si può dimostrare di avere bisogno economico
- si è residenti dell'area di servizio principale del provider UPMC
- si forniscono a UPMC le informazioni necessarie sulle finanze della propria famiglia
- si dispone di fatture mediche di importo superiore alla propria capacità di pagamento, come stabilito dalle linee guida UPMC

### Informazioni sul processo di presentazione della domanda

Per richiedere l'assistenza finanziaria UPMC, seguire la procedura seguente:

- Compilare il modulo di richiesta di assistenza finanziaria UPMC in questo pacchetto.
  - Includere i documenti giustificativi elencati nell'elenco di controllo.
  - Tenere presente che è necessario innanzitutto verificare se si è idonei per un qualche tipo di copertura assicurativa che coprirebbe le cure (come ad esempio, un indennizzo lavorativo, l'assicurazione automobilistica e Medical Assistance). Noi possiamo fornire assistenza su come ottenere le giuste risorse a tale riguardo.
  - Analizziamo quindi le entrate, le risorse e la composizione del nucleo familiare per determinare il livello di assistenza disponibile. Usiamo una scala indicizzata, basata sulle linee guida federali sulla povertà.
- La contatteremo per comunicare se ha diritto all'Assistenza Finanziaria UPMC.
- Possiamo aiutarLa a definire un piano di pagamento per eventuali addebiti o conti residui non coperti dall'Assistenza Finanziaria UPMC.

### 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 delle strutture UPMC Kane e UPMC Somerset possono inviare il materiale per la richiesta all'indirizzo appropriato indicato di seguito:

#### UPMC Kane

4372 Route 6  
Kane, PA 16735  
814-837-8585

#### UPMC Somerset

Attn: Cashier  
225 S. Center Avenue  
Somerset, PA 15501  
1-814-443-5002

In caso di domande, chiamare il numero verde 1 800 371 8359, premere l'opzione 2. Ulteriori informazioni sono disponibili anche sul sito Web all'indirizzo [UPMC.com/PayMyBill](http://UPMC.com/PayMyBill).

# Assistenza Finanziaria UPMC - Elenco di controllo della documentazione

La domanda deve contenere copia di tutti i seguenti documenti applicabili al proprio caso. Allegare copie, non originali, poiché UPMC non può restituire alcun documento inviato con la domanda. Se manca uno dei documenti, ciò ritarderà l'elaborazione della domanda.

## Se si hanno entrate o risorse quali:

- Salari, stipendi, mance
- Reddito d'impresa
- Prestazioni previdenziali
- Pensione sociale o pensione di vecchiaia
- Dividendi e interessi
- Affitto e royalty
- Indennità di disoccupazione
- Indennità compensative per lavoratori
- Alimenti e sostegno ai figli
- Sentenze
- Contanti, conti bancari e conti del mercato monetario
- Certificati di deposito maturati, fondi comuni, obbligazioni o altre forme di investimento facilmente convertibili che possono essere incassate senza penali

## Allegare la prova del reddito familiare, che può includere:

- Moduli di previdenza sociale 1099 o lettere di riconoscimento
- Lettere di assegnazione di un'indennità di disoccupazione o di un indennizzo lavorativo
- Le buste paga degli ultimi 30 giorni
- 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
- Dichiarazioni di sostegno
- Altre entrate quali fondi fiduciari, fondazioni di beneficenza ecc. (dichiarazione di questo mese o del mese scorso)

## Allegare la prova delle risorse, che può includere:

- Estratti bancari, dichiarazioni di fondi comuni di investimento, conti del mercato monetario, contrassegni, obbligazioni ecc. (estratto conto di questo mese o del mese scorso di tutti i conti)

## Se non si possiedono redditi:

- Se non si possiedono redditi, inviare una dichiarazione di sostegno. La persona che fornisce il sostegno deve firmare la lettera.

## Lettera di rifiuto dell'assistenza medica

- È necessario richiedere l'assistenza medica e inviare una copia della lettera di rifiuto prima dell'approvazione della domanda.

## Il modulo di domanda di assistenza finanziaria compilato e firmato

- Completare tutte le parti del modulo pertinenti. Tenere presente che deve essere compilata una domanda separata per ogni singolo paziente che richiede assistenza finanziaria.

# Assistenza Finanziaria UPMC – Modulo di domanda

Nome del paziente:			
Data di nascita del paziente:		Numero di previdenza sociale del paziente:	
Indirizzo:		Telefono di giorno:	
Città:	Stato:	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     Divisione servizi medici UPMC     Centri oncologici UPMC

Se è già stata ricevuta una fattura, fornire il proprio numero di conto o di ID paziente: \_\_\_\_\_

Possiede un'assicurazione sanitaria?  Sì     No

Ha fatto richiesta di assistenza medica 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. Se un membro del nucleo familiare possiede una spesa medica UPMC separata che dovrebbe essere presa in considerazione per l'assistenza finanziaria, selezionare la casella sotto "Spese mediche UPMC".

Nomi	Relazione con il paziente	Età	Fattura medica UPMC
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

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

**Reddito familiare mensile:** indicare un reddito mensile per se stessi e gli altri membri della famiglia. Allegare anche copie della prova di reddito e dei documenti patrimoniali (consultare l'elenco di controllo della documentazione).

<b>Reddito lordo mensile</b>	<b>Proprio</b>	<b>Coniuge e/o altri membri del nucleo familiare</b>
Stipendi/lavoro autonomo	\$	\$
Previdenza sociale	\$	\$
Pensione sociale o pensione di vecchiaia	\$	\$
Dividendi e interessi	\$	\$
Affitto e royalty	\$	\$
Disoccupazione	\$	\$
Indennizzo lavorativo	\$	\$
Alimenti e sostegno ai figli	\$	\$
Contanti	\$	\$
Conti bancari	\$	\$
Conti del mercato monetario	\$	\$
Altro reddito	\$	\$
<b>Reddito familiare mensile totale</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**Ulteriori commenti:**

**Dichiarazione di non responsabilità:** sono consapevole che le informazioni fornite verranno utilizzate esclusivamente per determinare la responsabilità finanziaria delle mie spese presso UPMC (cure mediche, compresi i servizi ospedalieri e medici) e saranno mantenute riservate. Comprendo che i materiali che invio per dimostrare il mio reddito e le mie risorse non verranno restituiti. Comprendo inoltre che le informazioni che invio relative al mio reddito familiare annuale e alle dimensioni della mia famiglia sono soggette a verifica da parte di UPMC incluso, se necessario, ottenere informazioni finanziarie da datori di lavoro, banche e altre entità da me elencate nella presente domanda. Comprendo che se le informazioni fornite sono ritenute false, ciò potrebbe comportare il ritiro dell'approvazione dell'assistenza finanziaria e io sarò responsabile dell'intero importo di tutte le spese.

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

Firma: \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente: \_\_\_\_\_

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