

Informazioni sulla domanda di assenza finanziaria UPMC

UPMC offre a famiglie e singoli pazienti idonei assistenza finanziaria per le prestazioni offerte dai fornitori di servizi sanitari che si avvalgono delle strutture di UPMC e dai medici affiliati. In base alla propria situazione economica, gli utenti possono beneficiare di tariffe ridotte o di assistenza gratuita.

Requisiti di idoneità per l'assistenza finanziaria:

- Assicurazione sanitaria limitata o assente
- Pazienti non coperti dal servizio sanitario pubblico (ad esempio, Medicare o Medicaid)
- Difficoltà economiche dimostrate
- Fornire a UPMC le informazioni necessarie sulla situazione economica del nucleo familiare
- Presentare le fatture mediche di importo superiore alla propria capacità economica, in base alle linee guida di UPMC

Presentazione della domanda

Per richiedere l'assistenza finanziaria UPMC, è necessario attenersi alla procedura che segue:

- 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 aiutarvi a ottenere le risorse appropriate.
 - > Analizziamo quindi il reddito e le dimensioni del nucleo familiare per determinare il livello di assistenza disponibile. Usiamo una scala indicizzata, basata sulle linee guida federali sulla povertà.
- Vi contatteremo per comunicarvi se avete diritto a ricevere l'Assistenza finanziaria UPMC.
- Possiamo aiutarvi a preparare un piano di pagamento per le spese o le fatture non coperte dall'Assistenza finanziaria UPMC.

Compilazione della domanda

Please mail your filled-out application form and copies of your proof of income materials to:

UPMC Financial Assistance
Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

Patients of UPMC Central PA and UPMC Somerset can mail application materials to the appropriate address below:

UPMC Central PA
Patient Financial Coordinator UPMC
in Central Pa
P.O. Box 2353 Harrisburg, PA 17105-2353
717-231-8989 o 1-877-499-3899 (numero verde), opzione3

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

If you have any questions, please call toll-free, 1-800-371-8359, press option 2. Additional information is also available on the web at 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
- Sussidio di disoccupazione
- Indennità compensative per i 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

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)

Attach proof of your assets, which may include:

- Bank statements, mutual fund statements, money market accounts, COD's, bonds, etc. (statement from this month or last month from all accounts)

Se non si percepisce alcun reddito:

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

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:	
Città:	Stato/Provincia:
CAP:	Paese:
Recapito telefonico diurno:	
Recapito telefonico alternativo:	
Nome del datore di lavoro:	Nome del datore di lavoro del coniuge:

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	Data di nascita	UPMC Fattura medica

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

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

Si dispone di un'assicurazione Sì No

In caso affermativo, fornire le informazioni relative all'assicurazione: _____

Si dispone di un conto bancario? Sì No

In caso affermativo, fornire un estratto conto mensile per ciascun conto bancario intestato.

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).

Reddito lordo mensile	Proprio	Coniuge e/o altri membri del nucleo familiare
Stipendi/lavoro autonomo	€	€
Previdenza sociale	€	€
Pensione sociale o pensione di vecchiaia	€	€
Dividendi e interessi	€	€
Affitti e royalty	€	€
Disoccupazione	€	€
Indennizzo lavorativo	€	€
Alimenti e sostegno ai figli	€	€
Altro reddito	€	€
Reddito familiare mensile totale	€	€

Ulteriori commenti:

Declinazione di 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. Comprendo che l'assistenza finanziaria determinata da UPMC è soggetta a modifica e/o revoca, qualora la domanda contenesse informazioni importanti errate o incomplete, mi venisse riconosciuta la copertura assicurativa necessaria o la mia situazione subisse un cambiamento sostanziale.

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: _____