

**RICHIESTA RISERVATA PER ASSISTENZA FINANZIARIA**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Per i servizi ospedalieri e professionali forniti dalle strutture e dai medici del Trinity Health  
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Personale e riservato

*Guarantor Name Smarttext*  
*Guarantor Address Smarttext*

Date Smarttext: October 08, 2021

**Garante:** *Guarantor smarttext*  
**Numero del caso:** *smarttext*  
**Pazienti inclusi nel caso:**  
- *smarttext patient name(s)*

Gentile *patient name smarttext*,

grazie per avere scelto *RHM smarttext* 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 *RHM smarttext*  
20555 Victor Parkway  
Livonia, MI 48152

**RICHIESTA RISERVATA PER ASSISTENZA FINANZIARIA**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Per i servizi ospedalieri e professionali forniti dalle strutture e dai medici del Trinity Health  
 [For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**Compila e firma il modulo di richiesta e restituiscilo entro 10 giorni includendo copie dei seguenti documenti:**  
**[Please complete and sign application form and return within 10 days including copies of the following:]**

Verifiche richieste [Required Verifications]

- Copia del reddito lordo del mese precedente [Past One month Proof of Gross Income]
- Dichiarazioni bancarie complete dei due mesi precedenti di tutti i conti bancari, con tutte le pagine incluse (spiegazione per depositi ricorrenti) [Past Two months Complete Bank Statements for all bank accounts, with all pages included (explanation for recurring deposits)]
- 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) [Recent Tax Returns (1040 form with Schedule C, E or F) or Three Months Profit and Loss Statements (for self-employed/dependents)]

Fornisci i seguenti documenti, ove applicabile [Provide the following, If applicable]

- W2 recente per reddito stagionale [Recent W2 for Seasonal Income]
- Sussidio di disoccupazione/Lettera di rifiuto [Unemployment Benefit/ Denial letter]
- Reddito di mantenimento dei figli/Alimenti [Child Support Income/Alimony]
- Nessun reddito - Completa la parte della richiesta Lettera per sostegno finanziario [No Income – Complete Letter of Financial Support portion of the application]

**Dati del paziente [Patient Information]**

Nome del paziente [Patient Name]		Data di nascita [Date of Birth]	
Numero di previdenza sociale/EIN (facoltativo) [Social Security/EIN Number (optional)]	Numero di cellulare [Mobile Phone]	Altro numero di telefono [Other Phone]	
Indirizzo postale [Mailing Address]	Città [City]	Stato [State]	CAP [ZIP code]
Indirizzo email [Email Address]	In quale stato risiedi? [Of what state are you a resident?]		
Stato civile [Marital status] <input type="checkbox"/> Single [Single] <input type="checkbox"/> Coniugato [Married] <input type="checkbox"/> Divorziato [Divorced] <input type="checkbox"/> Altro [Other] _____			
Hai una dichiarazione dei redditi federale? [Do you file a Federal Tax Return?] <input type="checkbox"/> Sì [Yes] <input type="checkbox"/> No [No] Se no, perché? [If no, why?]		Puoi dichiararti persona a carico della dichiarazione dei redditi di qualcun altro? [Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?] <input type="checkbox"/> Sì [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	
Tu o le persone a tuo carico avevate una copertura di assicurazione sanitaria al momento del servizio? [Did you or your dependents have health insurance coverage at the time of service?] <input type="checkbox"/> Sì [Yes] <input type="checkbox"/> No [No] (Fornire copia della carta assicurativa) [(Provide Insurance card copy)]			
Sei residente documentato negli Stati Uniti? [Are you a documented resident of the United States?] <input type="checkbox"/> Sì [Yes] <input type="checkbox"/> No [No] <input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere [Prefer Not to Answer]			

**RICHIESTA RISERVATA PER ASSISTENZA FINANZIARIA**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

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

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Membri della famiglia, incluso te, in base alle tue recenti dichiarazioni dei redditi [Household Members, including yourself based on your recent Tax Returns]	Data di nascita [Date of Birth]	Rapporto con il paziente [Relationship to Patient]	Dichiarato sulla dichiarazione dei redditi (Sì/No) [Claimed on Tax Return (Yes/No)]

**Verifica di reddito per tutti i membri della famiglia [Income Verification for all household members]**

Fonte di reddito mensile [Monthly Income Source]	Chi lo percepisce? [Who receives this?]	Reddito lordo mensile (prima delle tasse) [Gross Monthly Income (before taxes)]	Fonte di reddito mensile [Monthly Income Source]	Chi lo percepisce? [Who receives this?]	Reddito lordo mensile (prima delle tasse) [Gross Monthly Income (before taxes)]
Previdenza sociale/Disabilità [Social Security/Disability]			Stipendio [Worker's Compensation]		
Pensione [Pension]			Disoccupazione [Unemployment]		
Lavoro autonomo [Self-Employment]			Mantenimento dei figli/Alimenti [Child Support/Alimony]		
Assistenza pubblica [Public Assistance]			Reddito da affitto di terreni [Rental Land Income]		
Altro [Other]					

**Lettera di sostegno finanziario - Deve essere compilata solo dalla persona che fornisce il sostegno [Letter of Financial Support - Should only be completed by the person providing support]**

**RICHIESTA RISERVATA PER ASSISTENZA FINANZIARIA**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Per i servizi ospedalieri e professionali forniti dalle strutture e dai medici del Trinity Health  
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

<input type="checkbox"/> Fornisco più del 50% di sostegno per le spese di vita, ma non sono in grado di sostenere le spese mediche. [I provide more than 50% support for the patient's living expenses, but I am unable to help with medical bills.]	
<input type="checkbox"/> 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) [By signing this letter, I verify that the above statement is correct and that I will in no way be held liable for the patient's bills. If you have questions, please contact me at _____ (Phone Number)]	
<b>Nome della persona che fornisce il sostegno [Name of person providing support]</b>	<b>Rapporto con il paziente [Relationship to Patient]</b>
<b>Firma della persona che fornisce il sostegno [Signature of person providing support]</b>	<b>Data [Date]</b>

**VERIFICA DEL REDDITO E IDENTIFICAZIONE [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]**

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. [I certify that the information listed in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that the information provided is subject to verification. I will be responsible for repayment of any services provided at Trinity Health affiliates if the above information is provided under false pretenses.]

Firma del paziente [Signature of Patient]: \_\_\_\_\_  
Data [Date]: \_\_\_\_\_

O firma del tutore legale (ove applicabile) [Or Signature of Legal Guardian (If Applicable)]: \_\_\_\_\_  
Data [Date]: \_\_\_\_\_

Rapporto con il paziente [Relationship to Patient]: \_\_\_\_\_  
Data [Date]: \_\_\_\_\_

**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. [Please mail your application to the address above, fax at 312-871-3350 and or upload documents through MyChart (Patient Portal) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> If you have any questions, please contact our Customer Service Center at 800-494-5797 Monday through Friday 9 a.m. -5 p.m. ET.]**