



### **SEZIONE III – Criteri per determinare il reddito**

Per determinare l' idoneità ad ottenere l' assistenza per le cure ospedaliere, il reddito di una persona adulta comprende il reddito proprio e del consorte; il reddito di un minore comprende il reddito dei suoi genitori e/o del tutore legale con il quale il minore convive.

#### **PROVA DEL REDDITO DEVE ACCOMPAGNARE QUESTA DOMANDA**

Il reddito si basa sul calcolo dei guadagni delle ultime quattro settimane prima della data del servizio.

#### **15. Fonti di reddito:**

- A.** Salario / Retribuzione al netto delle deduzioni  
(Fogli paga delle ultime quattro settimane) \_\_\_\_\_
- B.** Assistenza pubblica \_\_\_\_\_
- C.** Vantaggi sociali \_\_\_\_\_
- D.** Indennità di disoccupazione \_\_\_\_\_
- E.** Indennità veterani \_\_\_\_\_
- F.** Supporto alimentare \_\_\_\_\_
- G.** Assistenza finanziaria da altre persone \_\_\_\_\_
- H.** Pagamento di pensione \_\_\_\_\_
- I.** Pagamenti di assicurazioni o vitalizzi \_\_\_\_\_
- J.** Dividendi / Interessi \_\_\_\_\_
- K.** Reddito da locazioni \_\_\_\_\_
- L.** Reddito netto da attività commerciale  
(commerciante autonomo / verificato da fonte indipendente) \_\_\_\_\_
- M.** Altra fonte (indennità sciopero, formazione, indennità  
famiglie militari, redditi da beni immobiliari o trust) \_\_\_\_\_
- N. Totale** \_\_\_\_\_

---

### **SEZIONE IV – Certificazione del richiedente**

Sono consapevole che le informazioni da me presentate sono soggette a verifica da parte delle istituzioni sanitarie. Una indicazione volontariamente falsa di questi elementi d'informazione mi rende responsabile del pagamento di tutte le note dell'ospedale.

Se richiesto dall'istituzione sanitaria, farò domanda per ottenere assistenza pubblica o privata per il pagamento delle fatture dell'ospedale.

Certifico che le informazioni riguardanti la dimensione della mia famiglia, il reddito e il patrimonio sono veritiere e corrette.

Sono al corrente della mia responsabilità di avvisare l'ospedale di ogni cambiamento riguardante i miei redditi e il mio patrimonio.

**16.** Firma del paziente o del rappresentante legale: \_\_\_\_\_

**17.** Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MESE GIORNO ANNO

**Dal momento dell'inoltro della domanda completata, che include ogni informazione o documentazione necessaria per determinare l'idoneità, ignorare le fatture fino al momento in cui Maimonides avrà deciso se approvare o meno la domanda.**

(Financial Assistance Application/Italian)