

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE POUR LES FRAIS D'HOSPITALISATION

Toute approbation de cette demande est provisoire. Elle vient à expiration 12 mois à compter de la date d'approbation

Hôpital : <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants		Date :
Patient :	Garant/Conjoint :	
N° de dossier :	N° de dossier :	
Date de naissance :	N° de sécurité sociale (si attribué) :	
N° de sécurité sociale (si attribué) :	N° de téléphone personnel :	
N° de téléphone personnel :	N° de téléphone professionnel :	
N° de téléphone professionnel :	Relation au patient :	
Adresse personnelle :	Adresse :	
Profession et employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Langue : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre que l'anglais		
Ethnicité : <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Aucune ethnicité indiquée		
Race : <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Amérindien(ne)/Autochtone d'Alaska <input type="checkbox"/> Noire/Africain(e)-américain(e) <input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaii/Insulaire du Pacifique		
<input type="checkbox"/> Blanche <input type="checkbox"/> Autre ou races multiples <input type="checkbox"/> Aucune race indiquée		

**Veillez fournir les informations suivantes pour TOUS les membres de la cellule familiale, SAUF le patient ou le garant.**

Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
<b>REVENU MENSUEL</b>		<b>ACTIFS</b>	
Traitement et salaire du patient :	Épargne :		
Traitement et salaire du conjoint :	Compte courant :		
Traitement et salaire du garant :	Certificats de dépôt (CD) :		
Revenu d'un travail indépendant :	Comptes de marché monétaire :		
Revenu de pension alimentaire :	Obligations d'épargne :		
Revenu locatif :	Titres boursiers :		
Indemnité de chômage :	Obligations :		
Assurance invalidité provisoire :	Fonds communs de placement :		
Pension alimentaire :	Comptes retraite individuels :		
Prestation compensatoire :	Plans retraite 401(k) :		
Indemnisation des accidents au travail :	Comptes retraite 403(b) :		
Prestations Vétérans (VA) :	Comptes 457 (employés-dividendes) :		
Versements de sécurité sociale :	Assurance-vie avec valeur de rachat :		
Revenu de dividendes et d'intérêts :	Biens personnels :		
Redevances :	Deuxième résidence et bien locatif :		
Pensions :	Second véhicule :		
Aide sociale :	<b>TOTAL :</b>		
Autre :			
<b>REVENU MENSUEL :</b>			
<b>REVENU ANNUEL :</b>			

« Je demande à l'hôpital de prendre une décision d'admissibilité à une aide financière. Je comprends que ces informations sont confidentielles et susceptibles d'être vérifiées par l'hôpital. Je comprends également que si les informations que j'indique sont fausses, toute aide financière peut m'être refusée et je peux être tenu(e) pour responsable du règlement des services hospitaliers fournis. J'atteste par la présente que les informations indiquées dans cette demande sont à ma connaissance complètes et correctes et que je comprends la procédure et mes responsabilités. »

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du représentant de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**À USAGE INTERNE UNIQUEMENT**

Approuvé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Refusé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Couverture d'assurance : \_\_\_\_\_ Assistance médicale :  Oui  Non

Services liés à un accident du travail ou à un autre type d'accident :  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Taille de la famille : \_\_\_\_\_ Niveau de FPG (Directives fédérales sur la pauvreté) : \_\_\_\_\_ % de FPG : \_\_\_\_\_

REMISE (%) : \_\_\_\_\_ REMISE (\$) : \_\_\_\_\_

Responsabilité maximum du patient : \_\_\_\_\_