

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE POUR LES FRAIS D'HOSPITALISATION-*ASSURANCE INSUFFISANTE*

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 :		

REVENU MENSUEL	MONTANT	ACTIFS	MONTANT	DETTES/DÉPENSES MENSUELLES	MONTANT
Traitement et salaire du patient :		Épargne		Païement d'une hypothèque ou d'un loyer	
Traitement et salaire du conjoint		Compte courant		Solde actuel _____	
Traitement et salaire du garant		Certificats de dépôt (CD)		Taxes immobilières, si non incluses dans le paiement de l'hypothèque	
Revenu d'un travail indépendant		Comptes de marché monétaire		Services publics : Gaz/Électricité/Pétrole _____	
Revenu de pension alimentaire		Obligations d'épargne		Câble/Internet _____	
Revenu locatif		Titres boursiers		Téléphone _____	
Indemnité de chômage		Obligations		Païements automobile ou location-vente	
Assurance invalidité provisoire		Fonds communs de placement		Solde actuel _____	
Pension alimentaire		Comptes retraite individuels		Païements carte de crédit	
Prestation compensatoire		Plans retraite 401(k)		Solde actuel _____	
Prestations Vétérans (VA)		Comptes retraite 403(b)		Prêts à tempérament	
Versements de sécurité sociale		Comptes 457 (employés-dividendes)		Solde actuel _____	
Revenu de dividendes et d'intérêts		Assurance-vie avec valeur de rachat		Assurance automobile	
Redevances		Biens personnels		Assurance propriétaire	
Pensions		Deuxième résidence et bien locatif		Frais médicaux	
Aide sociale		Véhicules à moteur supplémentaires		Aliments	
Autres				Autres Frais	
REVENU MENSUEL :					
REVENU ANNUEL :		TOTAL :		TOTAL :	

« 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 : _____