

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

DATE DE SERVICE : \_\_\_\_\_ NOM DE L'HÔPITAL : \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE COMPTE : \_\_\_\_\_

NOM DU PATIENT OU DEMANDEUR : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ ÉTAT : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ N° TÉLÉPHONE DU DOMICILE : \_\_\_\_\_ N° TÉLÉPHONE MOBILE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU PATIENT : \_\_\_\_\_ STATUT MATRIMONIAL : \_\_\_\_\_

**VOUS DEVEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES AFIN D'ÊTRE CONSIDÉRÉ POUR UNE AIDE FINANCIÈRE**

1. ÉTIEZ-VOUS UN RÉSIDENT DE L'OHIO AU MOMENT DU SERVICE REÇU À L'HÔPITAL ? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_  
 a) SI « NON », DANS QUEL ÉTAT RÉSIDIEZ-VOUS ? \_\_\_\_\_
2. AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE MEDICAID OU UNE AUTRE AIDE DU COMTÉ ? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_  
 a) SI « OUI », À QUELLE DATE AVEZ-VOUS REMIS VOTRE DEMANDE ? \_\_\_\_\_  
 b) SI « OUI », AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE MEDICAID DANS UN ÉTAT AUTRE QUE L'OHIO ? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_  
 c) SI « OUI », DANS QUEL ÉTAT AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE ? \_\_\_\_\_
3. AVIEZ-VOUS UNE PRISE EN CHARGE SANTÉ À LA DATE DE SERVICE ? NOM DE L'ASS \_\_\_\_\_ N° ID \_\_\_\_\_  
 a) SI « OUI », (ET SI L'ASSURANCE N'A PAS ÉTÉ FACTURÉE) VEUILLEZ JOINDRE À CETTE DEMANDE UNE COPIE DE VOTRE/VOS CARTES D'ASSURANCE.
4. AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE D'ASSURANCE VIA L'ÉCHANGE D'ASSURANCE SANTÉ ? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_  
 a) SI « OUI », QUEL EST LE NOM DE L'ASSUREUR \_\_\_\_\_ N° ID \_\_\_\_\_
5. LA DATE DE SERVICE ÉTAIT-ELLE LIÉE À UN ACCIDENT DE LA ROUTE ? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_  
 a) SI « OUI », AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE ? NUMÉRO DE DEMANDE : \_\_\_\_\_ NOM DE L'ASSURANCE : \_\_\_\_\_
6. AVEZ-VOUS UN COMPTE ÉPARGNE SANTÉ (HSA) ? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_  
 a) SI « OUI », VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DU JUSTIFICATIF INDIQUANT VOTRE SOLDE ACTUEL.
7. VEUILLEZ PRÉCISER SI UN MEMBRE DE VOTRE FOYER A LES RESSOURCES SUIVANTES.  
 a) EST-CE QUE VOUS POSSÉDEZ OU LOUEZ VOTRE DOMICILE ? PROPRIÉTAIRE \_\_\_\_\_ LOCATAIRE \_\_\_\_\_  
 b) COMPTES CHÈQUE/ÉPARGNE : OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_ SI « OUI » INDIQUEZ LA VALEUR TOTALE EN \$ \_\_\_\_\_  
 c) AUTRES ACTIFS INCLUANT SANS S'Y LIMITER LES DÉRIVÉS DE CRÉDITS/ACTIONS/OBLIGATIONS/COMPTE DE DÉPÔT DU MARCHÉ MONÉTAIRE :  
 OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_  
 d) SI « OUI » INDIQUEZ LA VALEUR TOTALE EN \$ \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ LISTER TOUS LES MEMBRES DE VOTRE FOYER CI-DESSOUS. SI VOUS AVEZ BESOIN D'ESPACE SUPPLÉMENTAIRE, UTILISEZ LE DOS DU FORMULAIRE**

NOM	RELATION AVEC LE PATIENT	ÂGE	REVENU TOTAL DANS LES 3 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE DE SERVICE	REVENU TOTAL DES 12 DERNIERS MOIS AVANT LA DATE DE SERVICE	SOURCE DE REVENUS NOM DE L'EMPLOYEUR (ÉTAT SI ÉTUDIANT D'UNIVERSITÉ)
	MOI-MÊME				

**JOIGNEZ À CETTE DEMANDE LES JUSTIFICATIFS DE REVENUS SUR 3 MOIS OU 12 MOIS :**

**LES REVENUS SONT CONSIDÉRÉS COMME LE REVENU TOTAL AVANT DÉDUCTION DES IMPÔTS, ET INCLUT SANS S'Y LIMITER :** • SALAIRES OU TRAITEMENTS (ENVOYER 3 MOIS DE FICHES DE PAIE) • ALLOCATIONS CHÔMAGE • PENSION ALIMENTAIRE • ALLOCATIONS AUX VÉTÉRANS • SÉCURITÉ SOCIALE (AVANT DÉDUCTIONS) OU LETTRE D'ATTRIBUTION • PENSION OU RETRAITE • 401K • LETTRE D'ATTRIBUTION D'INDEMNISATION POUR ACCIDENT DU TRAVAIL • PAIEMENTS DE SOMMES FORFAITAIRES • AIDE OWF • ANNUITÉS • REÇUS POUR ESPÈCES • REGISTRES D'EMPLOI INDÉPENDANT • PETITS BOULOTS • DÉCLARATION FÉDÉRALE DE REVENUS • TOUT AUTRE REVENU • SI VOUS RAPPORTEZ UN REVENU DE ZÉRO VOUS DEVEZ COMPLÉTER LA DÉCLARATION DE SOUTIEN CI-DESSOUS AFIN D'ÊTRE CONSIDÉRÉ POUR UNE AIDE FINANCIÈRE • DES JUSTIFICATIFS DE COMPTE CHÈQUE/ÉPARGNE (OU AUTRES ACTIFS) POURRONT VOUS ÊTRE DEMANDÉS • LES TIMBRES ALIMENTAIRES NE SONT PAS COMPTABILISÉS EN TANT QUE REVENUS MAIS DOIVENT ÊTRE RÉPERTORIÉS DANS LA LIGNE « DÉCLARATION DE SOUTIEN » CI-DESSOUS

**SI VOUS INDIQUEZ UN REVENU TOTAL DE ZÉRO, COMMENT SUBVENEZ-VOUS À VOS BESOINS ?** \_\_\_\_\_

ATTESTATION : EN SIGNANT CE DOCUMENT, J'ATTESTE DE LA VÉRACITÉ DES RÉPONSES QUI FIGURENT SUR CETTE DEMANDE. SI UN EXAMEN ULTÉRIEUR DE LA DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE D'UN INDIVIDU RÉVÈLE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES PAR LA PERSONNE ÉTAIENT INCORRECTES OU FRAUDULEUSES, LA DÉCISION DE FOURNIR UNE AIDE FINANCIÈRE POURRA ÊTRE INFIRMÉE ET LA PARTIE RESPONSABLE SERA FACTURÉE. JE COMPRENDS QUE LES INFORMATIONS QUE JE FOURNIS FERONT L'OBJET D'UNE VÉRIFICATION PAR MON HÔPITAL PRESTATAIRE, Y COMPRIS DES ORGANISMES D'ÉVALUATION DE CRÉDIT, ET SONT SOUMISES À UN EXAMEN PAR DES ORGANISMES FÉDÉRAUX ET/OU D'ÉTAT ET AUTRES SI NÉCESSAIRE.

SIGNATURE DU PATIENT : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU DEMANDEUR OU REPRÉSENTANT : \_\_\_\_\_ RELATION : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_  
 (SI PAS LE PATIENT)

ENVOYEZ PAR COURRIER LA DEMANDE DUMENT REMPLIE ET LES JUSTIFICATIFS À :  
 MERCY HEALTH ATTENTION : SCANNING SUITE 400  
 4605 DUKE DRIVE  
 MASON, OH 45040