

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

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

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ ÉTAT : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ ÉTAT CIVIL : \_\_\_\_\_

DATE DU SERVICE : \_\_\_\_\_  
 NUMÉRO DE COMPTE : \_\_\_\_\_  
 CSN : \_\_\_\_\_  
 HÔPITAL : \_\_\_\_\_

**LES INFORMATIONS SUIVANTES DOIVENT ÊTRE FOURNIES POUR LA PRISE EN CONSIDÉRATION D'UNE AIDE FINANCIÈRE. VEUILLEZ NOTER QUE LES PATIENTS NON ASSURÉS DOIVENT COLLABORER AVEC NOTRE FOURNISSEUR D'ASSURANCE AVANT DE RECEVOIR UNE AIDE. LES DÉCISIONS SERONT RENDUES DANS LES 90 JOURS SUIVANT LA RÉCEPTION DE LA DEMANDE DÛMENT REMPLIE ET LA COLLABORATION AVEC NOTRE FOURNISSEUR.**

NOM	RELATION AVEC LE PATIENT	DATE DE NAISSANCE	REVENU BRUT TOTAL AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS AVANT LA DATE DU SERVICE	REVENU BRUT TOTAL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVANT LA DATE DU SERVICE	SOURCE DE REVENU NOM DE L'EMPLOYEUR (INDIQUEZ SI VOUS ÊTES UN ÉTUDIANT UNIVERSITAIRE)
	<b>MOI-MÊME</b>				

1. SI VOUS AVEZ DÉCLARÉ UN REVENU TOTAL NUL, DE QUELLE AIDE BÉNÉFICIEZ-VOUS ? \_\_\_\_\_
2. DANS QUEL ÉTAT RÉSIDIEZ-VOUS AU MOMENT DE VOTRE VISITE ? \_\_\_\_\_
3. AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE D'AIDE AUPRÈS DE MEDICAID OU DE TOUTE AUTRE AIDE DU COMTÉ ?     NON     OUI (DATE/ÉTAT \_\_\_\_\_)
4. DISPOSIEZ-VOUS D'UNE ASSURANCE MALADIE À LA DATE DU SERVICE ?     NON     OUI (FOURNIR UNE COPIE DE LA CARTE AVEC LA PRÉSENTE DEMANDE)
5. LA DATE DU SERVICE ÉTAIT-ELLE LIÉE À UN ACCIDENT DE VOITURE ?     NON     OUI (NOM DE L'ASSURANCE/N° DÉCLARATION \_\_\_\_\_)
6. QUELQU'UN CHEZ VOUS EST-IL TITULAIRE D'UN COMPTE CHÈQUE OU D'UN COMPTE ÉPARGNE ?     NON     OUI (VALEUR \_\_\_\_\_)
7. QUELQU'UN CHEZ VOUS POSSÈDE-T-IL D'AUTRES ACTIFS ?     NON     OUI (TYPE/VALEUR \_\_\_\_\_)
8. ÊTES-VOUS PROPRIÉTAIRE OU LOCATAIRE D'UN LOGEMENT ?     PROPRIÉTAIRE     LOCATAIRE     AUTRE ( \_\_\_\_\_)

**POUR LES ACTIFS DE REVENU ÉNUMÉRÉS CI-DESSUS, VOUS DEVEZ FOURNIR LES INFORMATIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MEMBRE DU FOYER :**

(veuillez cocher les éléments reçus)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> EMPLOI = 3 OU 12 MOIS DE REVENU<br><input type="checkbox"/> CHÔMAGE = LETTRE D'ALLOCATION<br><input type="checkbox"/> SÉCURITÉ SOCIALE = LETTRE D'ALLOCATION<br><input type="checkbox"/> PENSION OU INVALIDITÉ = LETTRE D'ALLOCATION | <input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR INDÉPENDANT = FORMULAIRES DE DÉCLARATION DE REVENUS COMPLETS, Y COMPRIS L'ANNEXE C<br><input type="checkbox"/> PENSION ALIMENTAIRE = DOCUMENT DÉLIVRÉ PAR LE TRIBUNAL<br><input type="checkbox"/> AUTRE = JUSTIFICATIF DE TOUT AUTRE REVENU TEL QUE DIVIDENDES, INTÉRÊTS, REVENUS LOCATIFS<br><input type="checkbox"/> COMPTE CHÈQUE/ÉPARGNE = RELEVÉ ACTUEL DE 30 JOURS POUR CHAQUE COMPTE |
|---|--|

**CERTIFICATION :** EN SIGNANT CE DOCUMENT, JE CONFIRME QUE LES RÉPONSES FOURNIES DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT EXACTES. DANS LE CAS OÙ UN EXAMEN ULTÉRIEUR DE LA DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE D'UNE PERSONNE RÉVÉLERAIT QUE LES INFORMATIONS FOURNIES PAR CETTE PERSONNE SONT INCORRECTES OU FRAUDULEUSES, LA DÉCISION D'ACCORDER UNE AIDE FINANCIÈRE PEUT ÊTRE ANNULÉE ET LA PARTIE RESPONSABLE SERA FACTURÉE. JE COMPRENDS QUE LES INFORMATIONS QUE JE SOUMETS SONT SUJETTES À VÉRIFICATION PAR MON PRESTATAIRE HOSPITALIER, Y COMPRIS LES AGENCES D'ÉVALUATION DU CRÉDIT, ET QU'ELLES PEUVENT ÊTRE EXAMINÉES PAR DES AGENCES FÉDÉRALES ET/OU D'ÉTAT ET AUTRES, LE CAS ÉCHÉANT.

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

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

ENVOYER LA DEMANDE COMPLÉTÉE ET LA DOCUMENTATION PAR COURRIER À :  
 Bon Secours Southside Regional Medical Center  
 200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805