

CARE BRAVELY

Date : _____

Compte n° : _____

Nom du patient _____

Compte n° : _____

Cher : _____

Compte n° : _____

Afin de déterminer votre éligibilité à l'aide financière, veuillez compléter le formulaire ci-joint et fournir les pièces suivantes :

1. Les pièces suivantes sont requises en tant que preuve de revenus. Veuillez fournir une preuve de revenus pour tous les membres du ménage pris en compte dans ce processus de demande. **(Veuillez vérifier toutes les sources de revenus)**

- A. Deux derniers bulletins de salaire _____
- B. Relevé bancaire indiquant l'intérêt _____
- C. Lettre d'octroi, Administration de la sécurité sociale **(si citoyen des États-Unis)** _____
- D. Lettre d'octroi, caisse de retraite _____
- E. Lettre d'octroi, Maryland Dept. of Social Services **(si résident du Maryland)** _____
- F. Attestation d'allocations chômage _____
- G. Lettre de prestation PIP épuisée _____

2. Veuillez fournir une copie des informations fiscales suivantes :

- A. Formulaires W-2 _____
- B. Avis d'imposition de l'année précédente _____

3. **Si vous résidez dans le Maryland** veuillez fournir le courrier de refus du Programme d'aide médicale du Maryland.

4. Lettre officielle indiquant que vous n'avez actuellement aucun revenu

5. **Éligibilité présumée** : si vous êtes bénéficiaire/réциpiendaire des prestations sociales sous conditions de ressources suivantes, veuillez joindre une preuve d'inscription à votre demande ; ménages avec enfants bénéficiaires du service de repas gratuit ou à prix réduit ; Programme d'aide à la nutrition supplémentaire (SNAP - Supplemental Nutritional Assistance Program) ; Programme d'aide aux impayés d'énergie ; Programme de premiers soins aux adultes (PAC - Primary Adult Care Program) ; Femmes, nourrissons et enfants (WIC - Women, Infants and Children). Si vous êtes éligible à l'un des programmes Medicaid sous conditions de ressources suivants, veuillez joindre une preuve d'éligibilité à votre demande : Planning familial ou programme(s) de pharmacie uniquement ; Bénéficiaire admissible de l'assurance-maladie (Qualified Medicare Beneficiary - QMB) ; Bénéficiaire admissible de l'assurance-maladie présentant de faibles revenus (Specified Low Income Medicare Beneficiary - SLMB) ; Services d'urgence X02 uniquement. Si vous êtes éligible à l'un des autres programmes suivants, veuillez joindre une preuve d'éligibilité à votre demande : Programmes subventionnés par l'État, y compris le Service de réinsertion professionnelle (DVR - Department of Vocational Rehabilitation), Subvention globale des soins intensifs psychiatriques ambulatoires (IOP - Intensive Outpatient Psychiatric Block Grant), Programme de désintoxication du Sinai Hospital (SHARP - Sinai Hospital Addiction Recovery Program) ; Services à l'enfance des familles juives (JFCS - Jewish Family Children Services).

Vous devez renvoyer votre formulaire complété, accompagné de tous les documents requis dans les 14 jours suivant la date de réception. Votre demande ne sera pas examinée en cas d'absence des informations susmentionnées. Veuillez joindre le présent courrier à votre demande. Vos informations personnelles resteront confidentielles. Le programme d'aide financière de l'hôpital ne couvre que les frais hospitaliers/de l'établissement. Les honoraires des médecins ne sont pas couverts par ce programme.

Si vous avez d'autres questions relatives à ce formulaire, ou si vous souhaitez faire appel ou soumettre une réclamation, veuillez contacter le service client au (410) 601-1094 ou au (800) 788-6995, du lundi au vendredi, de 7h30 à 17h

Veuillez renvoyer à :

Patient Financial Services, Attention: Customer Service, 2401 West Belvedere Avenue, Baltimore, Maryland 21215

Cordialement,

Patient Financial Services
Service client

Usage réservé aux hôpitaux/services/agences

Nom de l'émetteur : _____

Service : _____ Ext. : _____

Nom de l'agence : _____

I. Revenus du ménage

Indiquez le montant de vos revenus mensuels, toutes sources comprises. Il peut vous être demandé de fournir une preuve de revenus, d'actifs et de dépenses. Si vous n'avez pas de revenus, veuillez fournir une attestation de la personne subvenant au paiement de votre logement et de vos repas.

Montant mensuel	_____
Emploi	_____
Pension/allocation retraite	_____
Allocations de sécurité sociale	_____
Aide sociale	_____
Pension d'invalidité	_____
Allocations chômage	_____
Prestations aux anciens combattants	_____
Pension alimentaire	_____
Revenu locatif	_____
Indemnités de grève	_____
Allocation militaire	_____
Agriculture ou activité indépendante	_____
Autre source de revenus	_____
Total :	_____

II. Liquidités

Compte courant	_____	Solde actuel
Compte épargne	_____	
Actions, obligations, CD ou marché monétaire	_____	
Autres comptes	_____	
Total :	_____	

III. Autres actifs

Si vous possédez l'un des éléments suivants, veuillez en indiquer le type et la valeur approximative.

Maison	Solde du prêt _____	Valeur approximative _____
Automobile	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Total :		_____

IV. Dépenses mensuelles

Loyer ou hypothèque	_____	Montant
Commodités	_____	
Prêt(s) auto	_____	
Assurance maladie	_____	
Autres frais médicaux	_____	
Autres dépenses	_____	
Total:	_____	

Avez-vous d'autres factures impayées ? Oui Non

Pour quel service ? _____

Si vous avez mis en place un échéancier, quelle est votre mensualité ? _____

Si vous faites la demande d'une aide financière supplémentaire à l'hôpital, celui-ci pourra vous demander des informations complémentaires pour orienter sa décision. En signant ce formulaire, vous certifiez l'exactitude des informations fournies et vous acceptez d'informer l'hôpital de toute modification de ces informations dans les dix jours suivant leur modification.

X
Signature des souscripteurs

X
Date

X
Relation avec le patient