

Maryland State Uniform Financial Assistance Application
Informations vous concernant

Nom _____
Prénom 1 Prénom 2 Nom de famille

Numéro de sécurité sociale _____ - _____ - _____ État civil : Célibataire Marié Séparé
 Citoyen américain : Oui Non Résident permanent : Oui Non

Adresse du domicile _____ Téléphone _____

Ville État Code postal Comté

Nom de l'employeur _____ Téléphone _____

Adresse professionnelle _____

Ville État Code postal

Membres du ménage :

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom	Date de naissance	Âge	Relation	Avez-vous déjà été patient à Sinai ?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom	Date de naissance	Âge	Relation	Avez-vous déjà été patient à Sinai ?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom	Date de naissance	Âge	Relation	Avez-vous déjà été patient à Sinai ?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom	Date de naissance	Âge	Relation	Avez-vous déjà été patient à Sinai ?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom	Date de naissance	Âge	Relation	Avez-vous déjà été patient à Sinai ?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>

Avez-vous demandé une aide médicale ? Oui Non
 Si oui, à quelle date en avez-vous fait la demande ? _____
 Si oui, quelle en a été la décision ? _____

Recevez-vous une aide de l'État ou du comté ? Oui Non

Renvoyer la demande à : Patient Financial Services
 Attn: Customer Service
 2401 W. Belvedere Avenue
 Baltimore, MD 21215

Patient Financial Services <i>Usage réserve aux hôpitaux/services/agences</i>
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

	Solde actuel
Compte courant	_____
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

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



CARE BRAVELY

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