

Demande d'aide financière uniforme de l'État du Maryland

Nom :

Première

Initiale Moyenne

Dernier

Adresse
domiciliaire

Adresse de rue

Unité

:

Ville

État

Code postal

Pays

Est-ce votre résidence principale ?

Oui

Sinon, vivez-vous dans le Maryland plus de 6 mois par an ?

Oui

Numéro de
téléphone :

() -

Indicatif régional ### *#####*

I. Membres du foyer/famille

Veillez indiquer l'un des éléments suivants, le cas échéant : (1) Un conjoint (que vous déposiez ou non une déclaration fiscale conjointe fédérale ou étatique), (2) Enfants (biologiques, adoptés ou beaux-enfants) ; et (3) Toutes les personnes inscrites sur votre déclaration de revenus (toute personne pour qui vous réclamez une exemption personnelle).

Nom

Âge

Relation

Nom

Âge

Relation

Nom

Âge

Relation

Nom

Âge

Relation

Nom

Âge

Relation

Nom

Âge

Relation

Nom

Âge

Relation

II. Revenu familial

Veillez indiquer votre revenu imposable mensuel ou annuel total (avant impôts). Il se peut qu'on vous demande de fournir une preuve de revenu.

Note : Si vous n'avez pas de revenus, veuillez fournir une lettre de soutien de la personne qui vous fournit le logement ou les repas.

\$

III. Difficultés financières

Avez-vous des frais impayés à votre charge pour les services hospitaliers (hors montants couverts par votre assurance) engagés par votre foyer/famille ?

Oui

Si oui,

1. Avez-vous fait une demande d'aide médicale dans le Maryland (Medicaid) ?

Oui

Si oui, à quelle date avez-vous postulé ?

Si oui, quelle a été la décision ?

2. Veuillez indiquer le montant total de vos dépenses à votre charge.

\$

IV. Actifs

Veillez indiquer la valeur totale des actifs monétaires dépassant 100 000 \$. Incluez les liquidités disponibles, les dépôts bancaires, les comptes d'investissement, les comptes clients et les notes à recevoir. N'incluez pas les actifs de retraite.

\$

En signant ce formulaire, je certifie que les informations fournies sont vraies, exactes et complètes. J'accepte d'informer l'hôpital de toute modification de ces informations dans les 240 jours suivant la réception de la facture initiale.

Signature du demandeur

Date

Relation avec le patient