



**Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)**

Date

Cher Patient/Demandeur,

La compassion est le moteur d'Ascension, qui se consacre à fournir des soins personnalisés à tous, en particulier aux plus démunis. Notre devoir et notre privilège sont d'offrir une aide financière à nos patients. L'aide financière est réservée aux soins d'urgence et à d'autres soins médicalement nécessaires. Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez pour vos soins de santé et ceux de votre famille.

Nous vous envoyons cette lettre et le formulaire de demande d'aide financière ci-joint, car nous avons reçu votre demande. Si vous n'avez pas fait de demande, veuillez ne pas en tenir compte. Veuillez remplir le recto et le verso, le signer et le dater avant de nous le retourner. Si vous avez introduit une demande au cours des six derniers mois et que votre demande d'aide financière a été approuvée, veuillez nous en informer. Vous n'aurez peut-être pas besoin de remplir un nouveau formulaire. Nous ne prendrons pas en compte une demande précédente de plus de six mois.

Veuillez joindre à votre demande une copie d'au moins un des éléments suivants comme preuve de vos revenus. Si vous êtes marié(e) ou avez vécu avec un partenaire pendant 6 mois ou plus, il ou elle devra également fournir une copie d'au moins un des éléments suivants comme preuve de ses revenus avant que la demande puisse être traitée.

- Copies des 3 derniers bulletins de salaire provenant de l'employeur.
- Copie de la déclaration de revenus annuelle la plus récente (si vous êtes un travailleur indépendant, veuillez inclure toutes les annexes) ou vérification de non-production ([www.irs.gov/form 4506-T](http://www.irs.gov/form4506-T))
- Lettre d'attribution de la sécurité sociale et/ou de la pension de retraite
- La dernière déclaration d'impôts annuelle du parent ou du tuteur, si le demandeur est une personne à charge figurant sur son formulaire fiscal et est âgé de moins de 25 ans
- Tout autre document de validation de revenus
- Copie du reçu des prestations de chômage

Si vous recevez de l'aide d'une famille ou d'amis ou si vous vivez chez eux, veuillez leur faire remplir le formulaire ci-joint intitulé « Lettre de soutien » et veuillez inclure une copie de leur pièce d'identité avec photo. Cela ne les rendra pas redevables de vos factures médicales. Cela permettra de montrer que vous êtes en mesure de faire face à vos frais de subsistance. Si vous ne recevez aucune aide de votre famille et de vos amis, vous n'avez pas besoin de remplir le formulaire de lettre de soutien.

Enfin, veuillez également fournir des documents attestant de vos frais médicaux et de pharmacie/médicaments mensuels impayés.

Sachez que le formulaire de demande dûment rempli, accompagné d'une preuve de revenus, doit être

reçu pour que la demande soit prise en considération. Nous ne sommes pas en mesure de traiter ou d'examiner les demandes incomplètes.

Veuillez garder à l'esprit que les communications par courrier électronique sur Internet ne sont pas sécurisées. Bien que cela soit peu probable, il est possible que les informations que vous incluez dans un courriel soient interceptées et lues par d'autres personnes que celle à laquelle il est adressé.

Nous voulons protéger vos informations personnelles et veiller à ce qu'elles restent sécurisées. Étant donné que la demande contient votre numéro de sécurité sociale ainsi que d'autres informations privées, nous vous demandons instamment de ne pas l'envoyer par courrier électronique.

Veuillez imprimer votre demande remplie et l'envoyer par courrier postal ou la remettre en main propre à l'une des adresses suivantes :

Ascension St. Vincent's  
Medical Group  
HOPE Program  
(904) 308-7864

Si vous avez des questions concernant cette demande, veuillez appeler l'un de nos représentants du service aux patients au (904) 308-7864.

Cordialement,

Patient Financial Services  
Ascension St. Vincent's

# Formulaire de demande d'aide financière



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

## Informations sur le patient

(Veuillez l'imprimer et remplir tous les champs. Indiquez N/A si un champ particulier de la demande n'est pas applicable.)

Date \_\_\_\_\_ Numéro de compte \_\_\_\_\_

Prénom et nom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ État matrimonial \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale (à des fins de facturation et d'identification uniquement) \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_ Situation d'emploi \_\_\_\_\_

Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_

## Informations sur la personne responsable/informations sur le tuteur légal

(Si le patient ci-dessus est la personne responsable, ne remplissez pas cette section.)

Prénom et nom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ État matrimonial \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale (à des fins de facturation et d'identification uniquement) \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_ Situation d'emploi \_\_\_\_\_

Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_

## Informations sur le conjoint responsable

(Si le patient est la personne responsable, remplissez les informations relatives au conjoint du patient.)

Prénom et nom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ État matrimonial \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale (à des fins de facturation et d'identification uniquement) \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_ Situation d'emploi \_\_\_\_\_

Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_

## Dépendants de la personne responsable

(Si le patient est la personne responsable, remplissez les informations relatives au conjoint du patient.)

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Relation avec la partie responsable

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Relation avec la partie responsable

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Relation avec la partie responsable

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Relation avec la partie responsable

\_\_\_\_\_

Nombre d'adultes et d'enfants vivant dans le foyer \_\_\_\_\_

## Revenus mensuels

(Remplissez le montant en dollars pour chaque élément listé ci-dessous. Fournissez le montant mensuel pour chacun.)

Revenu du demandeur \_\_\_\_\_  
Revenu du conjoint du demandeur \_\_\_\_\_  
Prestations de sécurité sociale \_\_\_\_\_  
Revenu de pension/retraite \_\_\_\_\_  
Revenu d'invalidité \_\_\_\_\_  
Indemnités de chômage \_\_\_\_\_  
Indemnisation des travailleurs \_\_\_\_\_  
Intérêts/revenus de dividendes \_\_\_\_\_

Pension alimentaire pour enfants reçue \_\_\_\_\_  
Pension alimentaire reçue \_\_\_\_\_  
Revenus locatifs \_\_\_\_\_  
Distribution de fonds fiduciaire reçue \_\_\_\_\_  
Autre revenu \_\_\_\_\_  
Autre revenu \_\_\_\_\_  
**Revenu mensuel brut total en \$** \_\_\_\_\_

## Dépenses mensuelles

Hypothèque/loyer \_\_\_\_\_  
Charges \_\_\_\_\_  
Téléphone (fixe) \_\_\_\_\_  
Téléphone portable \_\_\_\_\_  
Épicerie/nourriture \_\_\_\_\_  
Télévision par câble/Internet/satellite \_\_\_\_\_  
Paie voiture \_\_\_\_\_  
Garderie \_\_\_\_\_

Pension	alimentaire	pour	enfants
Cartes	de		crédit
Factures	de		médecin/d'hôpital
Assurance			auto
Assurance			habitation
Assurance			médicale
Assurance-vie			
Autre	dépense		mensuelle
<b>Dépenses</b>	<b>mensuelles</b>	<b>totales</b>	<b>en \$</b>

Par la présente, je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et exactes à ma connaissance. Par la présente, j'autorise l'hôpital à obtenir des informations auprès d'agences externes d'évaluation de crédit si l'hôpital le juge opportun.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Remarques** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

# Lettre de soutien

Numéro du dossier médical/numéro de compte du patient : \_\_\_\_\_

Nom de la personne apportant le soutien : \_\_\_\_\_

Relation avec le patient/demandeur : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne apportant le soutien : \_\_\_\_\_

À l'attention d'Ascension :

Cette lettre a pour but d'informer que (nom du patient) \_\_\_\_\_ ne reçoit que peu ou pas de revenus et que je l'aide à couvrir ses frais de subsistance. Il/elle n'a que peu ou pas d'obligations envers moi. En signant cette déclaration, j'atteste que les informations fournies sont véridiques, conformément à l'étendue de mes connaissances.

Signature de la personne apportant le soutien \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_