



**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)
- 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 _____
Paiement 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
Dépenses	mensuelles	totales	en
			\$

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 _____