



# Ascension

[Date]

Cher patient, cher demandeur,

Ascension est motivée par la compassion et se consacre à fournir des soins personnalisés à tous, en particulier ceux qui en ont le plus besoin. Offrir une aide financière à nos patients est notre mission et notre privilège. Cette aide financière n'est disponible que pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires. Nous vous remercions de nous faire confiance pour prendre soin de vous et de votre famille et de tous vos besoins en matière de soins.

Nous envoyons cette lettre et la demande d'aide financière ci-jointe en réponse à votre demande. Veuillez ne pas en tenir compte si vous n'avez pas fait de demande. Veuillez remplir les deux parties, y compris votre signature et la date avant de nous la renvoyer. Si vous avez rempli une demande au cours des six derniers mois et que votre demande d'aide financière a été approuvée, veuillez nous en aviser, vous n'aurez peut-être pas besoin de remplir un nouveau formulaire de demande. Nous ne pouvons malheureusement pas nous fier à une demande faite il y a plus de six mois.

En plus de la demande, vous devrez fournir une confirmation du revenu de votre foyer ainsi qu'une confirmation de tous les actifs détenus par chaque membre du foyer.

## **Voici quelques exemples de preuves de revenus et d'actifs :**

- une copie des trois derniers bulletins de paie émis par l'employeur
- une copie de la dernière déclaration de revenus annuelle (incluez toutes les annexes si vous êtes un travailleur indépendant)
- une lettre d'attribution de la sécurité sociale et/ou de la retraite
- la déclaration de revenus annuels la plus récente du parent ou du tuteur, si le demandeur est une personne à charge dépendante de son foyer fiscal et qu'il est âgé de moins de 25 ans
- une copie de l'attestation de réception des prestations de chômage
- l'approbation/le refus d'admissibilité à Medicaid et/ou à l'assistance médicale financée par l'État
- tout autre document de confirmation du revenu

## **Voici quelques exemples de preuves d'actifs :**

- des relevés bancaires (comptes courants et comptes d'épargne) datés des trois derniers mois
- les investissements, y compris les actions et les obligations
- les fonds fiduciaires
- les comptes du marché monétaire
- les fonds communs de placement

Si vous recevez de l'aide ou vivez avec des membres de votre famille ou des amis, veuillez leur demander de remplir le formulaire ci-joint intitulé « Lettre de soutien » (Letter of Support). Cela ne les

rendra pas responsables de vos factures médicales. Ce document vous aidera à montrer comment vous pouvez vous permettre de payer vos frais de subsistance. Vous n'aurez pas besoin de remplir ledit formulaire de lettre de soutien si votre famille et vos amis ne vous aident pas.

Enfin, nous pourrions être en mesure d'examiner vos factures médicales en souffrance pour autoriser votre réception de l'aide financière. Si vous souhaitez que nous en tenions compte, veuillez également fournir la documentation de vos frais mensuels médicaux et pharmaceutiques/médicaments impayés, tels que les factures actuelles ou les relevés des soldes de compte. **Veillez noter que 1) la demande complétée ainsi que 2) la preuve de revenu, 3) d'actifs et 4) les factures médicales impayées (le cas échéant) doivent être reçues pour que la demande soit prise en compte. Nous ne sommes pas en mesure de traiter ou d'examiner les demandes incomplètes.**

Lorsque vous soumettez votre demande, veuillez garder à l'esprit que les communications par courrier électronique ne sont pas sécurisées. Bien que cela est hautement improbable, il est possible que les informations que vous incluez dans un courrier électronique puissent être interceptées et lues par d'autres parties que le destinataire. Nous voulons protéger vos informations personnelles et nous assurer qu'elles restent sécurisées. Nous vous invitons à vous abstenir d'envoyer votre demande par courrier électronique étant donné qu'elle contient votre numéro de sécurité sociale et d'autres informations privées.

**Veillez imprimer et envoyer votre demande dûment remplie et les documents à l'appui par la poste, ou les remettre en main propre, à l'adresse suivante :**

**Ascension St. Vincent's  
PO Box 932886  
Atlanta, GA 31193**

**Ascension Medical Group  
PO Box 80278  
Indianapolis, IN 46240**

Nous sommes ici pour vous aider et souhaitons nous assurer que les patients admissibles à une aide financière la reçoivent. Si vous avez des questions concernant cette demande, les documents justificatifs requis ou la meilleure façon de nous faire parvenir votre demande, veuillez appeler l'un de nos représentants des patients au 904-308-7381

Cordialement,

Services financiers aux patients,  
Ascension

# 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 S.O. si un champ particulier de la demande n'est pas applicable.)*

Date \_\_\_\_\_ Numéro de compte \_\_\_\_\_  
Nom (prénom et nom de famille) \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ État matrimonial \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Numéro de sécurité sociale (facultatif) \_\_\_\_\_  
Employeur \_\_\_\_\_ Situation d'emploi \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures de travail hebdomadaires \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_

## Informations sur la personne responsable/le tuteur légal

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

Nom (prénom et nom de famille) \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ État matrimonial \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Numéro de sécurité sociale (facultatif) \_\_\_\_\_  
Employeur \_\_\_\_\_ Situation d'emploi \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures de travail hebdomadaires \_\_\_\_\_ 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.)*

Nom (prénom et nom de famille) \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ État matrimonial \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Numéro de sécurité sociale (facultatif) \_\_\_\_\_  
Employeur \_\_\_\_\_ Situation d'emploi \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures de travail hebdomadaires \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_

## Personnes à charge 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 personne responsable \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Relation avec la personne responsable \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Relation avec la personne responsable \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Relation avec la personne 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 \_\_\_\_\_  
Pension d'invalidité \_\_\_\_\_  
Indemnités de chômage \_\_\_\_\_  
Indemnisation de salarié \_\_\_\_\_  
Revenus d'intérêts/dividendes \_\_\_\_\_

Pension alimentaire pour mineur perçue \_\_\_\_\_  
Pension alimentaire perçue \_\_\_\_\_  
Revenus locatifs \_\_\_\_\_  
Bons alimentaires \_\_\_\_\_  
Revenus de fonds de placement perçus \_\_\_\_\_  
Autres revenus \_\_\_\_\_  
Autres revenus \_\_\_\_\_  
**Revenu mensuel brut total en \$** \_\_\_\_\_

## Dépenses mensuelles

Prêt hypothécaire/loyer \_\_\_\_\_  
Services publics \_\_\_\_\_  
Téléphone (fixe) \_\_\_\_\_  
Téléphone portable \_\_\_\_\_  
Alimentation \_\_\_\_\_  
Câble/internet/TV satellite \_\_\_\_\_  
Prêt automobile \_\_\_\_\_  
Garde d'enfants \_\_\_\_\_

Pension alimentaire/pension pour enfant \_\_\_\_\_  
Cartes de crédit \_\_\_\_\_  
Factures médicales/hospitalières \_\_\_\_\_  
Assurance automobile \_\_\_\_\_  
Assurance habitation \_\_\_\_\_  
Assurance/complémentaire de santé \_\_\_\_\_  
Assurance vie \_\_\_\_\_  
Autres dépenses mensuelles \_\_\_\_\_  
**Dépenses mensuelles totales en \$** \_\_\_\_\_

## Actifs

Espèces/épargne/comptes-chèques \_\_\_\_\_  
Actions/obligations/investissements/Certificats de dépôt \_\_\_\_\_  
Autres biens immobiliers/résidences secondaires \_\_\_\_\_  
Bateau/Véhicule de loisirs/moto/véhicule de plaisance \_\_\_\_\_  
Automobile de collection/ automobile non essentielle \_\_\_\_\_  
Autres actifs \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_ reçoit 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, je reconnais que les informations fournies sont exactes à ma connaissance.

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

Date \_\_\_\_\_