



Ascension

[Date]

[Date]

Cher Patient/Demandeur,

Ascension est animée par la compassion et s'engage 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 la demande d'aide financière ci-jointe, 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, la signer et la dater avant de nous la retourner. Si vous avez rempli une demande au cours des six derniers mois et que vous avez obtenu une aide financière, veuillez nous en informer. Il se peut que vous n'avez pas besoin de remplir une nouvelle demande. Malheureusement, nous ne pouvons pas nous baser sur une demande antérieure datant de plus de six mois.

Avec votre demande, vous devrez fournir une attestation des revenus de votre foyer et une attestation de tous les biens détenus par les membres de votre foyer.

Voici des exemples de preuve de revenus et d'actifs :

- Copies des 3 derniers bulletins de salaire provenant de l'employeur.
- Copies de la dernière déclaration d'impôts annuelle (si vous êtes travailler(euse) indépendant(e), veuillez inclure toutes les annexes)
- Lettre d'attribution de la Sécurité sociale et/ou de la pension de retraite
- Dernière déclaration de revenus annuelle du parent ou du tuteur, si le demandeur est une personne à charge figurant sur leur formulaire fiscal et âgée de moins de 25 ans
- Copie du reçu des prestations de chômage
- Approbation/refus de l'éligibilité à Medicaid et/ou à l'aide médicale financée par l'État
- Tout autre document de validation de revenus

Voici des exemples de preuve d'actifs :

- Relevés bancaires récents (comptes courants et comptes d'épargne) des trois derniers mois
- Placements, y compris les actions et les obligations
- Fonds fiduciaires
- Comptes du marché monétaire
- Fonds communs de placement

Enfin, nous pourrions peut-être prendre en compte vos factures médicales impayées afin de vous rendre admissible à une aide financière. Si vous souhaitez que nous examinions votre demande, veuillez également fournir des documents attestant vos frais médicaux et pharmaceutiques mensuels impayés, tels que des factures récentes ou des relevés de compte. **Veillez noter que 1) le formulaire de demande dûment rempli, accompagné 2) d'une preuve de revenus, 3) d'une preuve d'actifs et 4) d'une preuve de factures médicales impayées (le cas échéant) doit être reçu pour que la demande soit prise en considération. Nous ne sommes pas en mesure de traiter ou d'examiner des demandes incomplètes.**

Lorsque vous soumettez votre candidature, veuillez garder à l'esprit que les communications par e-mail sur Internet ne sont pas sécurisées. Bien que cela soit peu probable, il est possible que les informations que vous incluez dans un e-mail soient interceptées et lues par d'autres personnes que le destinataire. 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.

Veillez imprimer et envoyer votre demande dûment remplie et la documentation justificative à l'adresse suivante :

Veillez envoyer votre demande à l'adresse suivante :

Pour les comptes hospitaliers :

**Ascension Saint Thomas
P.O. Box 100983
Atlanta GA 30384**

Pour les comptes de groupe médical :

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

Nous sommes là pour aider et nous voulons nous assurer que les patients admissibles à l'aide financière la reçoivent. Si vous avez des questions sur cette demande, les documents justificatifs requis ou la meilleure façon d'obtenir votre demande, veuillez appeler un de nos représentants des patients au 931-738-2669.

Cordialement,

Les services financiers pour les patient d'Ascension



Ascension Saint Thomas

Formulaire de demande d'aide financière

Informations sur le patient

(Veuillez l'imprimer et remplir tous les champs. Indiquez s'il n'y a pas d'application sur une ligne individuelle dans la demande.)

Date _____ Numéro de compte _____
Nom (prénom et nom) _____
Date de naissance _____ État civil _____ Numéro de téléphone _____
Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____
Numéro de sécurité sociale (facultatif) _____
Employeur _____ Statut en matière 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.)

Nom (prénom et nom) _____
Date de naissance _____ État civil _____ Numéro de téléphone _____
Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____
Numéro de sécurité sociale (facultatif) _____
Employeur _____ Statut en matière d'emploi _____
Nombre d'heures travaillées par semaine _____ Numéro de téléphone de l'employeur _____

Informations sur le conjoint responsable

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

Nom (prénom et nom) _____
Date de naissance _____ État civil _____ Numéro de téléphone _____
Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____
Numéro de sécurité sociale (facultatif) _____
Employeur _____ Statut en matière d'emploi _____
Nombre d'heures travaillées par semaine _____ Numéro de téléphone de l'employeur _____

Dépendants de la personne responsable

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

Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec le responsable _____
Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec le responsable _____
Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec le responsable _____
Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec le 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 gagné par le demandeur _____
Revenu du conjoint _____
Prestations de sécurité sociale _____
Pension/retraites _____
Allocation handicap _____
Compensation chômage _____
Compensation des travailleurs _____
Revenus d'intérêts/dividendes _____

Pension alimentaire pour enfants reçue _____
Pensions alimentaires reçues _____
Revenu de biens locatives _____
Coupons alimentaires _____
Distribution de fonds en fiducie reçue _____
Autres revenus _____
Autres revenus _____
Total **des revenus mensuels bruts** \$ _____

Dépenses mensuelles

Hypothèque/loyer _____
Utilitaires _____
Téléphone (fixe) _____
Téléphone portable _____
Produits alimentaires/Courses _____
Télévision par câble/Internet/satellite _____
Paie pour voiture _____
Garde d'enfants _____

Pension alimentaire pour enfants/pension alimentaire _____
Cartes de crédit _____
Factures de médecin/d'hôpital _____
Assurance voiture/automobile _____
Assurance habitation/biens _____
Assurance médicale/médicale _____
Assurance vie _____
Autres frais mensuels _____
Total **des dépenses mensuelles** \$ _____

Actifs

Argent comptant/épargne/comptes de chèques _____
Actions/obligations/placements/CD(s) _____
Autres biens immobiliers/résidence secondaire Bateau/RV/véhicule de plaisance _____
Automobiles de collectionneur/automobiles non essentielles _____
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 _____

Commentaires : _____

