

Formulaire de demande d'aide financière



Ascension

Formulaire secondaire - Wisconsin Avenue Family Practice/St Joseph's Women's Outpatient Center

Informations sur le patient

(Veuillez l'imprimer et remplir tous les champs. Indiquez S.O. si pas applicable sur une ligne particulière de la demande)

Date _____ Numéro de compte _____

Nom (prénom et nom) _____

Date de naissance _____ Numéro de téléphone _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

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 _____ Numéro de téléphone _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

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 demandeur _____
Prestations de sécurité sociale _____
Revenu de pension/de retraite _____
Revenu d'invalidité _____
Indemnités de chômage _____
Indemnisation des travailleurs _____
Revenu d'intérêts/dividendes _____

Pension alimentaire pour enfants reçue _____
Revenu de biens locatifs _____
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 _____
Paiement pour voiture _____
Garde d'enfants _____

Pension alimentaire pour enfants _____
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 \$ _____

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 : _____



Ascension

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'ayez pas besoin de remplir une nouvelle demande. Malheureusement, nous ne pouvons pas nous baser sur une demande antérieure datant de plus de six mois.

Outre la demande, vous devrez fournir une vérification des revenus de votre ménage.

Exemples de preuve de revenus :

- 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
- Tout autre document de validation de revenus

Si vous recevez de l'aide d'une famille ou d'amis ou si vous vivez dans une maison avec eux, veuillez leur faire remplir le formulaire ci-joint intitulé « Lettre de soutien ». Cela ne les rendra pas redevables de vos factures médicales. Cela permettra de montrer comment vous êtes en mesure de faire face à vos frais de subsistance. Si vous ne recevez pas d'aide de la part de votre famille ou de vos amis, vous n'avez pas besoin de remplir le formulaire de lettre de soutien.

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. **Sachez que la demande complète ainsi que 2) les justificatifs de revenus et 3) les factures médicales en souffrance (le cas échéant) doivent être reçues pour que la demande soit considérée. 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. Comme la demande contient votre numéro de sécurité sociale et d'autres informations privées, nous vous conseillons vivement de vous abstenir de l'envoyer par e-mail.

Veillez imprimer, envoyer par courrier ou par la main votre demande dûment remplie et la documentation justificative à l'adresse suivante :

Ascension Wisconsin
PO Box 860496
Minneapolis, MN 55486-0496

Nous sommes là pour vous aider et voulons nous assurer que les patients qui remplissent les conditions requises pour bénéficier d'une 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 877-304-6332.

Cordialement,

Les services financiers pour les patient
d'Ascension