



# Ascension

[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 priorité sont d'offrir une aide financière à nos patients. L'aide financière n'est disponible que pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires. Nous vous remercions de nous avoir fait confiance pour vous soigner, vous et votre famille, pour tous vos besoins en matière de soins de santé.

Nous vous envoyons cette lettre et la demande d'aide financière ci-jointe, car nous avons reçu votre demande. Si vous ne l'avez pas demandé, 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 votre demande d'aide financière a été approuvée, veuillez nous en informer. Vous n'aurez peut-être pas besoin de remplir une nouvelle demande. Nous ne prendrons pas en compte une demande précédente de plus de six mois.

Avec votre demande, veuillez joindre une copie d'au moins l'un des éléments suivant comme preuve de vos revenus. Si vous êtes marié ou avez vécu avec un proche pendant 6 mois ou plus, il 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
- Copies de la dernière déclaration d'impôts annuelle (si vous êtes indépendant, veuillez inclure toutes les annexes)
- 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
- Copies des relevés bancaires des 3 derniers mois
- Copie du reçu des prestations de chômage

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 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 la demande dûment remplie, accompagnée d'une preuve de revenus, doit être reçue pour que la demande soit prise en considération. Nous ne sommes pas en mesure de traiter ou d'examiner les demandes incomplètes.

Veillez 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.

Veillez renvoyer votre demande dûment remplie à l'adresse suivante :

**Ascension St. Vincent**

**PFS Dept/Self Pay Team/Confidential**

**PO Box 40970**

**Indianapolis, IN 46260-0970**

Si vous avez des questions concernant cette demande, veuillez appeler l'un de nos agents chargés des patients au 866-435-2078.

Cordialement,

Les services financiers pour les patient  
d'Ascension

# Demande d'aide financière



## Ascension

### 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 \_\_\_\_\_

Prénom et nom \_\_\_\_\_

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

Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale (optionnel) \_\_\_\_\_

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 le même que la personne responsable, laissez cette section vide.)*

Prénom et nom \_\_\_\_\_

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

Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale (optionnel) \_\_\_\_\_

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 civil \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale (optionnel) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Lien avec la personne responsable \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien avec la personne responsable \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien avec la personne responsable \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien avec la personne responsable \_\_\_\_\_

Nombre d'adultes et d'enfant 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-e du demandeur \_\_\_\_\_  
Prestation de sécurité sociale \_\_\_\_\_  
Revenu de pension/retraite \_\_\_\_\_  
Pension d'invalidité \_\_\_\_\_  
Indemnités de chômage \_\_\_\_\_  
Indemnisation de salarié-e \_\_\_\_\_  
Revenus d'intérêts/dividendes \_\_\_\_\_

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

## Dépenses mensuelles

Prêt immobilier/location \_\_\_\_\_  
Services \_\_\_\_\_  
Téléphone (fixe) \_\_\_\_\_  
Téléphone portable \_\_\_\_\_  
Epicerie/alimentation \_\_\_\_\_  
Câble/internet/TV par satellite \_\_\_\_\_  
Paiements pour la voiture \_\_\_\_\_  
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 \$** \_\_\_\_\_

## 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** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Ascension**

# **Lettre de soutien**

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

Nom du soutien \_\_\_\_\_

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

Adresse du soutien \_\_\_\_\_

Pour 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, je reconnais que les informations fournies sont exactes au regard de mes connaissances.

Signature du soutien \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_