

Programme d'assistance financière hospitalière

Nous vous remercions d'avoir choisi le Saint Agnes Hospital pour vos besoins médicaux.

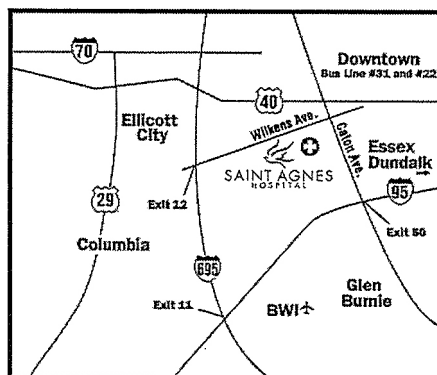
Vous avez souhaité présenter une demande pour notre programme d'assistance financière hospitalière. Afin qu'elle soit prise en compte, notre bureau a besoin de recevoir les documents suivants :

- La demande dûment remplie
- Votre Déclaration de Revenus Fédérale des années précédentes
- Une preuve de revenus actuels. Si vous êtes sans emploi, une preuve d'indemnités de chômage ou une lettre de soutien
- La preuve d'une éventuelle enquête
- Une copie de vos relevés de compte courant et/ou placement(s) bancaire(s)
- Une copie de vos factures médicales impayées

Au terme du processus d'évaluation, vous serez avisés du pourcentage d'allocation, le cas échéant, appliqué à vos comptes impayés.

Si nous ne recevons pas les informations requises dans les 15 jours, nous suivrons notre procédure normale de recouvrement. Si vous avez des questions ou des inquiétudes, veuillez contacter votre Représentant des Comptes de Patients (Patient Account Representative) au 667-234-2175.

Nous vous remercions d'avoir choisi le Saint Agnes Hospital pour vos besoins médicaux !



PO Box 412315
Boston, MA 02241
667-234-2175
TTY : 667-234-2001
www.TeamSaintAgnes.com



SERVICES FINANCIERS DES PATIENTS

Demande d'assistance
financière unique de
l'État du Maryland

Demande d'assistance financière unique de l'État du Maryland

Informations vous concernant

Nom :

Prénom

Second prénom

Nom de famille

Numéro de sécurité sociale :

Date de naissance :

Situation de famille :

Célibataire

Marié

Séparé

Citoyen américain :

Oui

Non

Résident permanent :

Oui

Non

Adresse personnelle :

Ville

État

Code postal

Pays

Téléphone

Nom de l'employeur :

Adresse professionnelle :

Ville

État

Code postal

Membres de la famille :

Nom

Age

Parenté

Nom

Age

Parenté

Nom

Age

Parenté

Nom

Age

Parenté

Nom

Age

Parenté

Nom

Age

Parenté

Nom

Age

Parenté

Nom

Age

Parenté

Nom

Age

Parenté

Avez-vous demandé une assistance financière ?

Oui

Non

Si oui, quand avez-vous fait cette demande ?

Si oui, pour quelle raison ?

Recevez-vous des aides du pays ou de l'État ?

Oui

Non

I. Revenus familiaux

mensuels

Emploi

Allocation de retraite/pension

Allocation de sécurité sociale

Allocation de l'assistance publique

Allocation handicapé

Allocation chômage

Allocation de vétéran

Pension alimentaire

Revenu(s) de logement(s) locatif(s)

Allocation de grève

Solde militaire

Emploi indépendant ou agriculteur

Autres sources de revenu

Total

II. Disponibilités financières

Compte courant

Compte d'épargne

Actions, obligations, obligation convertibles, ou marché financier

Autres comptes

Total

III. Autres actifs

Si vous possédez l'un des bien suivants, veuillez en faire la liste et la valeur approximative.

Logement : Solde du prêt : Valeur :

Voiture : Marque : Année : Valeur :

Voiture : Marque : Année : Valeur :

III. Autres actifs

Voiture : Marque : Année : Valeur :

Autre(s) bien(s) :

Total

IV. Dépenses mensuelles Montant mensuel

Loyer ou crédit immobilier

Charges

Crédit(s) de voiture

Carte(s) de crédit

Assurances) de voiture(s)

Autres dépenses médicales

Autres dépenses

Total

Avez-vous d'autres factures médicales impayées ?

Oui

Non

Le cas échéant, montant

Pour quel(s) service(s) ?

Si vous avez souscrit à un plan de remboursement, quel en est le montant mensuel ?

Si vous demandez à l'hôpital une assistance financière supplémentaire, l'hôpital peut vous demander des informations complémentaires afin d'adapter sa décision . En signant ce formulaire, vous reconnaissez que les informations fournies sont véridiques et que vous acceptez d'informer l'hôpital de toute modification d'information fournie sous dix jours.

Signature du Demandeur

Parenté avec le Patient

Date