

Nom : _____ N° de dossier médical : _____ N° d'admission : _H_____

À l'attention du demandeur de l'aide financière :

Veillez trouver ci-dessous une demande d'aide financière. Merci de bien vouloir compléter et envoyer votre demande à l'adresse mentionnée au bas de la page 3 du présent formulaire, accompagnée des justificatifs indiqués ci-dessous concernant votre situation financière personnelle.

SI VOUS DISPOSEZ D'UNE AIDE MÉDICALE ACTIVE

A) Indiquez votre numéro d'assistance médicale ici ►

B) Joignez une copie de votre carte d'assistance médicale.

JUSTIFICATIF DE REVENUS (veuillez joindre tous les documents qui s'appliquent)

Sécurité sociale :

- Copie du courrier d'allocation de la sécurité sociale ou un relevé annuel de prestations de la sécurité sociale
- Copie du dernier versement de prestations de la sécurité sociale

Prestations versées aux anciens combattants :

- Copie du courrier d'allocation ou relevé de prestations
- Copie du dernier versement de prestations

Retraites :

- Copie du relevé de prestations de retraite
- Copie du dernier versement de prestations de retraite

AUTRES VÉRIFICATIONS REQUISES

(Copies du dernier relevé ou toute autre pièce justificative)

Revenus/Actifs :

- Certificat de dépôt
- 401K, 403B, Keogh, IRA et autres comptes de retraite
- Rentes
- Valeur monétaire des polices d'assurance-vie
- Fiducies
- Comptes de courtage
- Revenu des dividendes/intérêts
- Pension alimentaire (enfants)
- Pension alimentaire (ex-conjoint)
- Actions, obligations et/ou fonds communs de placement
- Autres investissements

Crédits/Dépenses :

- Copie de votre dernier remboursement de prêt ou paiement de loyer
- Copies du paiement de vos primes d'assurance (police d'assurance habitation pour les propriétaires, assurance automobile, etc.)
- Copies du paiement de frais médicaux et/ou de frais de pharmacie
- Copies d'autres crédits/dépenses que vous avez réglés
- Copies de votre dernier relevé bancaire pour chacun de vos comptes bancaires

Déclaration de revenus d'état et fédérale

- Copie complète de votre dernière déclaration de revenus d'état et fédérale avec toutes les annexes requises

Autres informations financières pertinentes :

- Copies des dépôts de bilan, des répartitions du droit de propriété, etc.

Si vous ne pouvez pas fournir la copie de l'un des éléments mentionnés ci-dessus, veuillez joindre un courrier expliquant les raisons spécifiques de l'absence des pièces justificatives demandées. Des informations complémentaires peuvent vous être demandées en fonction de votre situation personnelle.

Pour toute question concernant le présent document, vous pouvez nous contacter par

téléphone au 410-938-3370.

Nous vous prions d'agréer nos sincères salutations.

Responsable des comptes des patients

Sheppard Pratt Health System
Sheppard Pratt Physicians, P.A.
DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Vos informations

Nom _____
Prénom _____ Deuxième prénom _____ Nom de famille _____

Numéro de sécurité sociale _____ - _____ - _____ Statut marital Célibataire Marié(e) Séparé(e)
 Veuf(ve) Divorcé(e)

Citoyen américain Oui Non Résident permanent Oui Non

Adresse personnelle _____ Téléphone _____

Ville État Code postal Pays

Nom de l'employeur _____ Téléphone _____

Adresse professionnelle _____

Ville État Code postal

Membres du foyer

_____	Nom	_____	Âge	_____	Lien
_____	Nom	_____	Âge	_____	Lien
_____	Nom	_____	Âge	_____	Lien
_____	Nom	_____	Âge	_____	Lien
_____	Nom	_____	Âge	_____	Lien
_____	Nom	_____	Âge	_____	Lien
_____	Nom	_____	Âge	_____	Lien
_____	Nom	_____	Âge	_____	Lien

Avez-vous fait une demande d'assistance médical ? Oui Non Si oui, à quelle date avez-vous adressé votre demande ? _____

Si oui, quel était le montant ? _____

Avez-vous bénéficié d'une assistance de l'état ou du comté ? Oui Non

Patient Accounting - FA Representative
Sheppard Pratt Health System
Sheppard Pratt Physicians, P.A.
6501 North Charles Street
Baltimore, MD 21204

Nom _____
 Prénom _____ Deuxième prénom _____ Nom de famille _____

I. Revenus du foyer– Indiquez le montant de vos revenus mensuels pour chacun des postes. Un justificatif de revenus, d’actifs et de dépenses pourra vous être demandé. Si vous ne percevez aucun revenu, veuillez joindre un courrier rédigé par la personne qui prend en charge vos frais d’hébergement et d’alimentation.

	Montant mensuel
Emploi	_____
Prestations de retraite	_____
Prestations de sécurité sociale	_____
Prestations d’invalidité	_____
Prestations de chômage	_____
Prestations aux anciens combattants	_____
Pension alimentaire (ex-conjoint)	_____
Revenus locatifs	_____
Indemnités de grève	_____
Prestations aux militaires	_____
Agriculteur ou travailleur indépendant	_____
Autre source de revenus	_____
Total	_____

II. Actifs liquides

	Solde actuel
Compte-chèques	_____
Compte épargne	_____
Actions, obligations, certificats de dépôts ou marché des capitaux	_____
Autres comptes	_____
Total	_____

III. Autres actifs– Si vous possédez l’un des biens suivants, veuillez préciser le type et la valeur approximative.

Maison	Solde du crédit _____	Valeur approximative _____
Voiture	Constructeur _____ Année _____	Valeur approximative _____
Autre véhicule	Constructeur _____ Année _____	Valeur approximative _____
Autre véhicule	Constructeur _____ Année _____	Valeur approximative _____
Autre bien		Valeur approximative _____
Total		_____

IV. Dépenses mensuelles

	Montant
Loyer ou mensualité de crédit	_____
Services collectifs	_____
Dépenses liées aux véhicules	_____
Carte(s) bancaire(s)	_____
Assurance automobile	_____
Assurance santé	_____
Autres frais médicaux	_____
Autres dépenses	_____
Total	_____

Vous reste-t-il d’autres frais médicaux à payer ? Oui Non

Pour quel service ? _____

Si vous avez défini un échéancier de paiement, quel est le montant mensuel ? _____

Si vous faites une demande pour que l’hôpital vous accorde une aide financière complémentaire, l’établissement peut vous demander d’autres informations afin de vous allouer une somme supplémentaire. En signant le présent formulaire, vous attestez que les informations fournies sont exactes et acceptez, en cas de modification de ces informations, d’avertir l’hôpital dans les dix jours suivant la modification.

Signature du requérant

Services des relations aux patients

Date