

Nom : \_\_\_\_\_ N° de dossier médical : \_\_\_\_\_ N° de visite : \_\_\_\_\_

Au demandeur d'aide financière :

Vous trouverez ci-dessous une demande d'aide financière. Veuillez remplir et retourner la demande à l'adresse indiquée au bas de la page trois de ce formulaire, accompagnée des pièces justificatives demandées ci-dessous relatives à votre situation financière.

---

### SI VOUS BÉNÉFICIEZ D'UNE ASSISTANCE MÉDICALE ACTIVE

A) Inscrivez votre numéro d'assistance médicale ici ►

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

---

### JUSTIFICATIF DE REVENUS (veuillez inclure tous les documents applicables)

#### Sécurité sociale :

- Copie de la lettre d'attribution de la Sécurité sociale ou du relevé annuel de prestations de la Sécurité sociale
- Copie de votre dernier avis de versement de prestations de Sécurité sociale

#### Prestations aux anciens combattants :

- Copie de la lettre d'attribution ou de l'avis de prestations
- Copie du dernier chèque de prestations

#### Retraites :

- Copie du relevé de pension de retraite
- Copie du dernier chèque de pension

**VÉRIFICATION SUPPLÉMENTAIRE REQUISE**  
(Copies du relevé le plus récent ou autre justificatif)

**Revenus/actifs :**

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

**Passif/Dépenses :**

- Copie du dernier avis de paiement de votre prêt hypothécaire ou de votre loyer
- Copies des primes d'assurance réglées (assurance habitation, assurance automobile, etc.)
- Copies des paiements de frais médicaux et/ou de médicaments sur ordonnance
- Copies des autres charges et dépenses réglées par vos soins
- Copies des relevés bancaires les plus récents pour tous vos comptes bancaires

**Déclaration de revenus fédérale et étatique :**

- Copie complète de votre dernière déclaration de revenus fédérale et étatique, accompagnée de toutes les annexes applicables

**Autres données financières pertinentes :**

- Copies des dépôts de bilan, règlements de propriété, etc.

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir l'un des documents ci-dessus, veuillez joindre une lettre expliquant les raisons précises pour lesquelles les informations demandées ne peuvent être fournies. Des informations supplémentaires pourront être demandées selon votre situation.

Pour toute question relative aux documents ci-joints, vous pouvez nous joindre au 410-938-3370.

Bien cordialement,

Représentant aux comptes patients



Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_ Deuxième prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

I. **Revenu familial**- Indiquez le montant de vos revenus mensuels, toutes sources confondues. Il pourra vous être demandé de fournir des justificatifs de revenus, d'actifs et de dépenses. Si vous n'avez aucun revenu, veuillez fournir une lettre de soutien de la personne qui assure votre logement et vos repas.

	Montant mensuel
Emploi .....	_____
Prestations de retraite .....	_____
Prestations de sécurité sociale .....	_____
Prestations d'invalidité .....	_____
Prestations de chômage .....	_____
Prestations aux anciens combattants .....	_____
Pension alimentaire (pour conjoint(e)) .....	_____
Revenus locatifs .....	_____
Indemnités de grève .....	_____
Affectation militaire .....	_____
Revenus agricoles ou d'indépendant .....	_____
Autre source de revenus .....	_____

**Total** \_\_\_\_\_

II. **Actifs liquides**

Solde actuel

Compte courant .....	_____
Compte épargne.....	_____
Actions, obligations, preuve de dépôt ou placements monétaires.....	_____
Autres comptes .....	_____

**Total** \_\_\_\_\_

III. **Autres actifs** - Si vous possédez l'un des éléments suivants, veuillez en indiquer le type et sa valeur approximative.

Résidence principale		Solde du prêt _____	Valeur approximative _____
Véhicule	Marque _____	Année _____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire	Marque _____	Année _____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire	Marque _____	Année _____	Valeur approximative _____
Autre bien			Valeur approximative _____

**Total** \_\_\_\_\_

IV. **Dépenses mensuelles**

Montant

Hypothèque ou loyer .....	_____
Charges .....	_____
Paiement(s) de véhicule.....	_____
Carte(s) de crédit.....	_____
Assurance automobile.....	_____
Assurance maladie .....	_____
Autres frais médicaux.....	_____
Autres dépenses.....	_____

**Total** \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres factures médicales impayées ?  Oui  Non

Pour quel service ? \_\_\_\_\_

Si vous avez établi un échéancier de paiement, quel est son solde mensuel ? \_\_\_\_\_

Si vous demandez à l'hôpital une aide financière supplémentaire, celui-ci pourra exiger des informations supplémentaires afin de déterminer si une aide supplémentaire pourra vous être accordée. En signant ce formulaire, vous certifiez l'exactitude des informations fournies et vous vous engagez à informer l'hôpital de tout changement dans un délai de dix jours.

Signature du demandeur

Lien avec le patient

Date