

FORMULAIRE D'INFORMATIONS FINANCIÈRES / DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire ou si vous avez des questions, appelez le 281.312.4012 ou le 281.312.4000 – puis appuyez sur la touche 5

Nom du patient :	Numéro de téléphone :
Adresse du patient :	Ville, État, Code postal :
Numéro(s) de compte :	Date(s) de la prestation :

INSTRUCTIONS : Vous devez répondre à toutes les questions. Si une question ne vous concerne pas, écrivez S.O. sur la ligne.

Veillez joindre une photocopie d'une pièce d'identité avec photo (par exemple : permis de conduire délivré par l'État ou passeport avec photo.) *

Veillez joindre une photocopie de votre plus récente Déclaration de revenus ou

Veillez joindre une photocopie d'une des attestations de revenus suivantes :

<input type="checkbox"/> 2 dernières fiches de paie	<input type="checkbox"/> Chèque de la sécurité sociale ou lettre d'octroi
<input type="checkbox"/> Bon de confirmation des allocations de chômage	<input type="checkbox"/> Lettre de l'employeur indiquant le nom de l'employé, sa profession, son salaire horaire, le nombre d'heures travaillées

* Si vous ne disposez pas d'une pièce d'identité avec photo, d'autres documents constituant une preuve d'identité peuvent être utilisés. Contactez le numéro de téléphone ci-dessus pour obtenir de l'aide.

***** La demande ne sera pas complète sans les pièces justificatives correspondantes. *****

STATUT : Résident permanent au Texas Résident autorisé Visa d'immigrant Visa de non-immigrant

SITUATION FAMILIALE (cochez une case) : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)
 Veuf(ve) Autre _____

ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS ET AUTRES PERSONNES À CHARGE AU SEIN DU FOYER (Continuez sur une autre page, si nécessaire)

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté avec les personnes à charge (cochez une case)				
		Enfant	Beau-fils/ belle-fille	Tuteur/ tutrice	Adulte/ personne âgée	Aucun lien de parenté

RÉSUMÉ DE L'EMPLOI

Patient(e)	Époux/épouse
Employeur	Employeur
Profession	Profession
Situation professionnelle (cochez une case) <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Au chômage <input type="checkbox"/> Femme au foyer <input type="checkbox"/> En incapacité de travail	Situation professionnelle (cochez une case) <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Au chômage <input type="checkbox"/> Femme au foyer <input type="checkbox"/> En incapacité de travail

REVENU MENSUEL DU FOYER		DÉPENSES MENSUELLES DU FOYER (Ne s'applique pas à la DAF)	
Patient(e)	\$ _____ /mois	Logement :	_____ Propriétaire/Prêt _____ Location
Époux/épouse	\$ _____ /mois	Crédit immobilier	\$ _____ /mois
Pension alimentaire	\$ _____ /mois	Services publics (électricité, eau)	\$ _____ /mois
Chômage	\$ _____ /mois	Véhicule n° 1	\$ _____ /mois
Pension alimentaire pour les enfants	\$ _____ /mois	Véhicule n° 2	\$ _____ /mois
Prestations aux survivants	\$ _____ /mois	Essence	\$ _____ /mois
Indemnisation d'arrêt du travail	\$ _____ /mois	Assurance	\$ _____ /mois
Fonds fiduciaire	\$ _____ /mois	TV/câble/téléphone	\$ _____ /mois
Autre	\$ _____ /mois	Alimentation	\$ _____ /mois
TOTAL DES REVENUS	\$ _____ /mois	TOTAL DES DÉPENSES	\$ _____ /mois

COMPTES BANCAIRES / AUTRES ACTIFS (doit répondre aux 3 questions) : **(Ne s'applique pas à la DAF)**

Vous disposez d'un compte courant ? (entourez votre choix)	Oui	Non	Solde actuel	\$ _____
Vous disposez d'un compte épargne ? (entourez votre choix)	Oui	Non	Solde actuel	\$ _____
Vous disposez d'autres biens ? (entourez votre choix)	Oui	Non	Valeur actuelle	\$ _____

Si oui, veuillez préciser : _____



Nom du patient :

- * J'atteste, sous peine de parjure, que les réponses que j'ai données sont à ma connaissance vraies et exactes.
- * Les informations que j'ai fournies reflètent les revenus et les dépenses du FOYER.
- * Le Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood peut utiliser ces informations, ainsi qu'un rapport de solvabilité et d'autres informations accessibles au public afin d'établir un programme de paiement, de présenter une demande d'aide financière et/ou de déterminer l'admissibilité à divers programmes, aides ou couvertures.
- * Je consens à ce que le Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood obtienne des informations auprès d'une source quelconque afin de vérifier l'exactitude des déclarations que j'ai faites.
- * Vous recevrez une communication écrite du Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood si les informations fournies sont incomplètes ou insuffisantes pour déterminer votre admissibilité à l'aide financière ou si vous ne répondez pas aux critères d'admissibilité. Vous serez également avisé par écrit de votre admissibilité à une aide financière.
- * Les patients qui demandent une aide financière peuvent être financés grâce à des programmes au niveau local, étatique ou fédéral. Les patients doivent déposer une demande pour ces programmes avant qu'une décision ne soit prise au titre de leur admissibilité à l'aide financière. Le Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood viendra en aide aux personnes ayant déposé une demande concernant ces programmes. Le fait de ne pas déposer de dossier peut nuire à l'examen de la demande d'aide financière du patient.
- * J'atteste avoir demandé toutes les couvertures d'assurance possibles, notamment Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance et toute autre couverture au niveau local, étatique ou fédéral.
- * Je comprends que si je ne suis pas admissible à l'aide financière, je prendrais en charge le coût des soins.

Signature du patient / du garant

Date

Après avoir rempli cette demande, veuillez l'envoyer par courrier accompagnée de TOUTES les pièces justificatives à :

**Patient Business Office
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by: _____

Name / Signature

_____ Title

_____ Date

Voir au verso



Voir au verso