

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 713 338 5502 ou le 800 526 2121 – puis appuyez sur la touche 5

Nom du patient :	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 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 :	<input type="checkbox"/> Résident permanent au Texas	<input type="checkbox"/> Résident autorisé	<input type="checkbox"/> Visa d'immigrant	<input type="checkbox"/> Visa de non-immigrant
SITUATION FAMILIALE (cochez une case) :	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	
	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> 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

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"/> Femme au foyer	<input type="checkbox"/> Incapable de travailler
<input type="checkbox"/> Au chômage	<input type="checkbox"/> Au chômage

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 : _____				

Voir au verso



Voir au verso

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.
- Memorial Hermann 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 Memorial Hermann obtienne des informations auprès d'une source quelconque afin de vérifier l'exactitude des déclarations que j'ai faites.
- Vous recevrez une communication écrite de Memorial Hermann 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. Memorial Hermann viendra en aide aux personnes ayant déposé une demande concernant ces programmes. Le fait de ne pas postuler 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, de l'état, 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 / garant

Date

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

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024, États-Unis
Attention: PBS Financial Assistance
Fax : 713-338-4261
Adresse e-mail : MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

Réservé à l'administration

Aide financière approuvée par le PDG / Directeur financier de l'établissement

Approuvé par : _____

Nom / Signature

Fonction

_____ Date

Voir au verso



Voir au verso