

# Demande d'aide financière auprès du St. David's Healthcare Partnership

Nom du patient \_\_\_\_\_ Numéro de compte du patient \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de naissance (jour/mois/année) \_\_\_\_\_

- Employé  
 Sans emploi

Employeur (nom, adresse et numéro de téléphone) \_\_\_\_\_

Nom du conjoint \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de naissance (jour/mois/année) \_\_\_\_\_

Père du patient (si le patient est mineur) \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de naissance (jour/mois/année) \_\_\_\_\_

Mère du patient (si le patient est mineur) \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de naissance (jour/mois/année) \_\_\_\_\_

A. *Salaires* : Veuillez fournir les salaires de chacune des personnes suivantes appartenant à votre ménage.

	Premier cercle		Premier cercle	
Patient _____ \$	Heure/Semaine/Mois/Année _____	Père du patient (si le patient est mineur) _____ \$	Heure/Semaine/Mois/Année _____	
Conjoint(e) _____ \$	Heure/Semaine/Mois/Année _____	Mère du patient (si le patient est mineur) _____ \$	Heure/Semaine/Mois/Année _____	

B. *Autres ressources* : Veuillez fournir le montant total de vos ressources disponibles, y compris vos caisses d'épargne, comptes courants, actions, obligations, etc. : \_\_\_\_\_ \$

Veuillez fournir le montant des revenus annuels que vous tirez de ces autres ressources, y compris intérêts, dividendes, loyers perçus, etc. : \_\_\_\_\_ \$

C. *Membres de la famille* : Veuillez préciser le nombre de personnes composant le ménage du patient : \_\_\_\_\_

D. *Vérification des revenus* : Veuillez fournir l'un des documents suivants afin de justifier votre déclaration de revenus.

- Formulaire W-2 de l'IRS
- Fiche de paie
- Déclaration d'impôts
- Relevés bancaires
- Confirmation de l'employeur
- Preuve de participation à l'un des programmes d'aide gouvernementale, telle que des bons alimentaires, CDIC, Medicaid ou AFDC
- Lettres d'admissibilité à une allocation de chômage ou à la sécurité sociale
- Autre, veuillez préciser \_\_\_\_\_

Si vous êtes dans l'incapacité de fournir un document permettant de justifier vos sources de revenus (tel qu'énuméré ci-dessus), veuillez expliquer pourquoi ces informations ne sont pas disponibles : \_\_\_\_\_

Je comprends que le St. David's Healthcare Partnership (SDHP) peut vérifier les informations financières contenues dans cette Demande d'aide financière (« Demande ») dans le cadre de l'évaluation par le SDHP de cette demande, et par ma signature, j'autorise mon employeur à certifier les informations fournies dans cette demande. J'autorise le SDHP à demander des rapports aux agences d'évaluation du crédit et à l'Administration de la sécurité sociale. Je certifie que ces informations sont, à ma connaissance, exactes et je suis informé(e) que la falsification d'informations dans le cadre de cette demande peut entraîner le rejet de l'aide financière.

Je comprends que l'éventuelle aide financière est basée sur mon incapacité à payer et que si une nouvelle source de revenus s'avère disponible, le SDHP peut revenir sur tout ou partie de l'aide financière accordée.

Signature du patient ou de la partie responsable \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de l'employé(e) du SDHP si une partie de la demande d'aide financière a été remplie par un employé du SDHP \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Informations et instructions relatives à la demande d'aide financière auprès du St. David's Healthcare Partnership

### Instructions :

Dans le cadre de son engagement au service de la communauté et dans le but de répondre à l'un des engagements caritatifs du St. David's Health System, le St. David's Healthcare Partnership choisit de fournir une aide financière aux individus qui remplissent certains critères en termes de revenus.

Afin de déterminer si une personne a droit à une aide financière, nous avons besoin d'obtenir certaines informations comme indiqué dans cette demande. Votre coopération nous permettra de donner toute l'attention qu'elle mérite à votre demande d'aide financière.

Veillez remplir la demande d'aide financière et donner le formulaire dûment rempli au représentant des inscriptions ; ou le renvoyer à l'adresse suivante :

Patient Account Services (Service des comptes de patients)  
PO Box 292369  
Nashville, TN 37229-2369

### Section A : Salaires

Dans la section **A de la demande d'aide financière**, veuillez indiquer le montant en dollars des prestations que chaque personne figurant dans la liste reçoit et si celles-ci sont horaires, hebdomadaires, mensuelles ou annuelles.

### Section B : Autres ressources

Dans le premier espace vide de la section **B de la demande d'aide financière**, veuillez indiquer le montant en dollars de vos possessions sur vos comptes courant, **comptes d'épargne, actions, etc.** Dans le second espace vide, veuillez indiquer le montant en dollars des revenus annuels que vous tirez de ces investissements. Par exemple, on pourrait indiquer dans le premier espace vide : 5 000 **dollars sur un compte d'épargne**, et dans le second on pourrait indiquer que ce compte rapporte 250 dollars par an.

### Section C : Membres de la famille

La section **C de la demande d'aide financière** demande des informations concernant le nombre de personnes composant le ménage du patient. Ce nombre doit inclure le patient, le ou la conjoint(e) du patient et les personnes à sa charge. Si le patient est mineur, veuillez inclure la mère et/ou le père et/ou le tuteur légal et toutes les personnes à la charge de la mère et/ou du père et/ou du tuteur légal.

### Section D : Vérification des revenus

**Afin de prendre en considération votre demande d'aide financière, une vérification des salaires que vous avez rapportés à la section A de la demande d'aide financière est nécessaire.** Veuillez fournir une copie du formulaire W-2 de l'IRS, votre déclaration salariale et fiscale ; vos fiches de paie et relevés bancaires ; **vos déclaration d'impôts ou tout autre indicateur approprié concernant vos revenus ou une preuve de la participation à un programme public d'allocations tel que la sécurité sociale, l'allocation de chômage, Medicaid, le County Indigent Health Program, SFDC, une assurance chômage, des bons alimentaires, WIC, Texas Healthy Kids, Children's Health Insurance Program ou tout autre programme relatif aux plus démunis.**

Vous pouvez aussi confirmer votre salaire en demandant à votre employeur de fournir une confirmation écrite ou en lui demandant de parler avec un représentant du SDHP.

**Si vous êtes dans l'incapacité de fournir l'un des documents qui démontrent vos sources de revenus tels qu'énumérés ci-dessus, veuillez fournir une explication écrite dans la section D de la demande d'aide financière.**

### Services médicaux

Les médecins fournissant des services ne sont pas des employés du St. David's Healthcare Partnership. Vous recevrez des factures séparées de votre médecin privé et des autres médecins qui vous ont fourni des services. En cas de question au sujet de ces factures, ou pour mettre en place des modalités de paiement pour ces services médicaux, veuillez contactez le bureau du médecin concerné.