

Demande d'assistance financière
(La demande doit être **ENTIÈREMENT** remplie)

Date de la demande : ____/____/____

Informations sur le patient :

Nom de famille : _____ Prénom _____ Initiale du deuxième prénom ____

Date de naissance : ____/____/____ Numéro de sécurité sociale : ____-____-____

Adresse : _____ App n° _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

N° de téléphone à domicile (____) _____ Autre n° de téléphone (____) _____

Personnes à charge dans le ménage

	Nom	Date de naissance	Relation avec le patient
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Informations sur le revenu :

Revenu	Patient	Conjoint(e)
Employeur		
Salaire brut		
Pension alimentaire pour conjoint(e)/enfant(s) reçue		
Prestations de retraite		
Prestations d'assurance chômage		
Prestations de sécurité sociale		
Revenus de location		
Autre revenu		
Coupons alimentaires		
Revenu total		

Veillez fournir des copies de documents disponibles sur la liste jointe de Documentation et de Formulaires de vérification. Les patients doivent fournir ces informations dans les 15 jours suivant la réception de la demande. Toutes les informations fournies, abordées ou consignées en lien avec la présente demande sont confidentielles. Si vous avez des questions ou avez besoin d'assistance ultérieure, prenez contact avec un conseiller d'assistance financière au (203) 276-7515 ou au (203) 276-4831 au Département des services d'affaires aux patients.

Informations supplémentaires que le demandeur désire soumettre :

Je demande par la présente l'assistance financière de l'Hôpital de Stamford, y compris l'accès aux fonds de lit d'hôpital qui peuvent être disponibles et auxquels je peux être admissible. Je sais que les informations que j'ai soumises sont sujettes à vérification par l'Hôpital de Stamford. J'atteste que les informations ci-dessus sont véridiques et exactes. Je sais qu'on peut me demander de présenter une demande d'assistance publique, si je suis admissible.

Signature du demandeur : _____

Date : _____

Veillez noter que l'omission de remplir cette demande et de fournir les informations demandées dans le délai imparti retardera le traitement de votre demande et peut entraîner une détermination que vous n'êtes pas admissible à l'assistance financière.

RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'HÔPITAL

N° de dossier médical : _____

Taille de la famille _____

Niveau d'assistance financière approuvé : _____ à _____ %

Assistance financière approuvée : du : _____ au : _____

Approbation prénatale : du : _____ au : _____

Date du rejet : _____

Motif du rejet : _____

Par Conseiller financier : _____ Date : _____

Documentation et Formulaires de vérification

Veillez fournir les documents applicables indiqués ci-après pour le demandeur et son conjoint ou sa conjointe ou son compagnon ou sa compagne et les enfants (si le demandeur est un mineur, veuillez fournir les informations sur les parents) à votre conseiller en assistance financière ou au Département des services d'affaires aux patients.

VEUILLEZ NOUS FOURNIR DES COPIES DE LA DOCUMENTATION SUIVANTE

Assurance :

Médicale Oui ou NON Responsabilité OUI ou NON
 Comp. accidents de travail OUI ou NON Automobile OUI ou NON
 Avez-vous fait une demande de couverture d'assurance auprès d'Access Health CT OUI ou NON

***TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES PORTENT SUR LE PATIENT/LA PATIENTE, LE CONJOINT/LA CONJOINTE, LE COMPAGNON/LA COMPAGNE ET LES ENFANTS DE CE MÉNAGE**

Prestations fédérales et d'État :

- Lettre de refus du Département des services sociaux
- Coupons alimentaires/lettre d'assistance en espèces
- Couverture médicale (Medicaid) par le Département des services sociaux
- Lettre de prestations de sécurité sociale

Identification :

- Pièce d'identité avec photo / Permis de conduire / Passeport / Carte de résident permanent
- Justificatif d'adresse actuelle (factures de services publics, de télévision par câble, de téléphone)
- Certificat de naissance des enfants

Revenu : salaire, rémunération, pourboires et dividendes

- Déclaration de revenus et W-2 ou 1099 déposés les plus récents
- Relevés les plus récents (4 si salaire hebdomadaire / 2 si salaire bimensuel et 2 si salaire mensuel)
- Lettre notariée de l'employeur ou de soi-même
- Antécédents de paiement de prestations d'assurance chômage (si la personne reçoit de telles prestations)
- En cas de demandeur au chômage, veuillez fournir une lettre notariée indiquant la façon dont vous subvenez à vos besoins.
- Pension alimentaire pour le conjoint/la conjointe ou l'enfant ou les enfants (document judiciaire ou une lettre notariée indiquant le montant reçu)

Actifs :

- Relevés de comptes bancaires les plus récents pour tous les membres du ménage (comptes courants, d'épargne, certificats de dépôt, 401K, 403B)
 - OUI ou NON Si non, veuillez apposer vos initiales _____
- Possédez-vous des propriétés autres que la résidence principale ?
 - OUI ou NON Dans l'affirmative, revenus de location _____\$

Informations sur la résidence :

- Quittance de loyer / Bail ou relevé hypothécaire
- Lettre notariée du propriétaire ou de soi-même (montant que vous payez chaque mois en loyer)
- Lettre du centre d'accueil

Soins prénatals :

- Contrat de soins prénatals (contrat Optimus/TSH)