

Demande d'aide financière

INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR

Tous les champs doivent être remplis

Date du service (passé ou futur): _____ Établissement : _____
 Nom complet du patient : _____ Numéro de sécurité sociale : _____
 Date de naissance : _____ Adresse physique : _____
 Ville : _____ Département : _____ Code postal : _____
 Adresse postale : _____ Numéro de dossier médical : _____
 Numéro de téléphone : _____ Nom de la personne qui dépose la demande : _____
 Lien de parenté avec le patient : _____

Membres du foyer, par nom légal, y compris vous-même (garant)

Nom (Nom de famille, prénom, second prénom)	Date de naissance	Âge	Lien	Profession	Numéro de sécurité sociale	Revenu annuel
						\$
						\$
						\$
						\$
TOTAL						\$

Sources de revenus (si zéro, indiquez zéro dans la case)

Revenus	\$
Sécurité sociale	\$
Autres revenus/Pensions alimentaires/Placements/Retraite	\$
Revenu total	\$
Montant du loyer	\$
Montant du remboursement de l'emprunt immobilier	\$
Solde 401K/IRA	\$
Solde du compte d'épargne	\$
Vérification du fournisseur Medicaid	
Si vous n'avez pas de revenu, comment subvenez-vous à vos besoins ?	Veillez préciser, ci-dessous :

Autres questions liées aux prestations

Le patient a-t-il une assurance maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient est-il traité pour des blessures couvertes par une responsabilité civile, telle qu'une compagnie d'assurance automobile ou une indemnisation des accidents du travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient a-t-il Medicaid ? – Si oui, allez à la page 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient a-t-il demandé Medicaid ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un titre d'invalidité délivré par la sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous plus de 65 ans ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous 19 ans ou moins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous titulaire de l'autorité parentale et demandeur d'emploi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Séjournerez-vous sur le territoire avec un visa ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de visa/Pays/Date de retour : _____	

Demande d'aide financière

Déclaration : je certifie que les informations fournies sont, à ma connaissance, réelles et exactes. Je comprends que les informations que je transmets font l'objet d'une vérification, y compris d'une notation des agences de crédit, et d'un examen par les agences fédérales et/ou étatiques et autres, le cas échéant. J'autorise mon employeur à remettre au Piedmont Healthcare la preuve de mes revenus. Je comprends que si une information que j'ai donnée s'avère fautive, Piedmont Healthcare réévaluera ma situation financière et prendra les mesures qui s'imposent.

J'accepte en outre d'introduire une demande d'assistance (c.-à-d. Medicare, Medicaid, aide de l'État (pour le cancer), réadaptation professionnelle, assurance, etc.) qui pourrait être disponible pour le paiement des frais sur mon compte Piedmont Healthcare. Je coopérerai pleinement avec le fournisseur d'assistance Medicaid de Piedmont Healthcare, le responsable de l'admissibilité à Medicaid de Piedmont Healthcare, en effectuant toutes les démarches jugées nécessaires pour obtenir cette assistance, et j'affecterai ou paierai à Piedmont Healthcare le montant qui me sera remboursé pour les frais de Piedmont Healthcare. Le défaut de coopération avec le responsable de l'admissibilité à Medicaid de Piedmont Healthcare entraînera le refus immédiat de l'aide financière. Une seule demande complète d'admission au programme d'aide financière est autorisée garant.

Signature du demandeur

Nom du demandeur (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Date

Heure

Signature du témoin

Nom du témoin (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Date

Heure

Des documents à l'appui de votre demande sont requis afin de traiter la demande. Le fait de ne pas fournir ces renseignements peut entraîner le rejet de votre demande. Dans ce cas, vous n'aurez pas la possibilité de faire appel de la décision de refus. Vous avez la possibilité de contacter le service de l'aide financière si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir la demande :

Documents requis

- **Types de pièces d'identité avec photo acceptés (pièces d'identité officielles uniquement) :**
 - Permis de conduire valide délivré par l'État (les documents non valides ou expirés sont autorisés dans certaines circonstances)
 - Carte d'identité nationale
 - Passeport
 - Identifiant militaire
 - Toute pièce d'identité consulaire ou scolaire avec photo
 - Visa ou carte de résident étranger (le cas échéant)
 - Documents non acceptés : carte Costco, selfie ou photo de Noël/vacances
- **Justificatif de domicile – les justificatifs de domicile ne doivent pas avoir plus de 30 jours et doivent être au nom du patient. Documents acceptés :**
 - Contrat de bail – il peut être utilisé s'il est encore valable et si tous les autres documents contiennent la même adresse
 - Certificat de bons alimentaires
 - Factures de services publics – avec adresse physique
 - Autres documents commerciaux qui confirment votre lieu de résidence, tels que les relevés de carte de crédit, la déclaration d'impôts, les courriers de Medicaid, les courriers de l'établissement scolaire, les relevés bancaires, les relevés hypothécaires

Remarque : une boîte postale ne constitue pas une preuve de résidence.
- **Attestation de revenu**
 - Employé** : documents requis
 - Trois derniers bulletins de salaire (Patient et conjoint ou partenaire légal)
 - Chômeur** : documents requis
 - Demande de règlement pour perte d'emploi ou lettre d'allocation de chômage, copies des relevés bancaires les plus récents de trois mois, y compris les comptes de chèques, d'épargne, de débit et virtuels – tous les comptes
 - Travailleur indépendant** : documents requis
 - Copies des relevés bancaires les plus récents de trois mois, y compris les comptes de chèques, d'épargne, de débit et virtuels – tous les comptes personnels et professionnels
 - Retraité ou invalide** : documents requis –
 - Tous les documents de vérification des revenus : rente, retraite, invalidité, pension de réversion et revenu complémentaire de sécurité. Cette liste n'est pas exhaustive.
 - Copies des relevés bancaires les plus récents de trois mois, y compris les comptes de chèques, d'épargne, de débit et virtuels – tous les comptes
 - Certificat de SSN de Medicare – WWW.SSA.gov/myaccount
- **ET** – Les documents suivants sont utilisés pour vérifier les informations et NE remplacent PAS la liste ci-dessus :
 - Toute lettre de décision indiquant que le patient perçoit une indemnité de chômage, bénéficie de Medicaid, perçoit une pension d'invalidité de la sécurité sociale, une assistance générale, etc.
 - Certificat de bons alimentaires
 - Certificat de vérification de l'itinérance – une lettre d'un refuge sur papier à en-tête officiel est requise
 - Une lettre de soutien d'un membre de la famille ou d'un ami n'est pas un document acceptable
 - Autres documents commerciaux montrant comment le patient est pris en charge
- **Justificatif du nombre de personnes à charge**
 - Déclaration de revenus complète de l'année précédente – nécessaire uniquement si vous avez des personnes à charge
 - La déclaration de revenus figure sur IRS.GOV
 - Toute lettre de décision indiquant que le patient a la responsabilité légale de l'enfant, comme les documents de tutelle ou de garde ordonnés par le tribunal