

Demande d'aide financière

Pour nous aider à évaluer votre admissibilité à une aide financière, nous vous recommandons de contacter le Family Health Coverage Program (Programme de prise en charge des soins de santé pour les familles) au 267-426-0359 (numéro gratuit 1-800-974-2125) **avant** de soumettre cette application. Le fait de ne pas fournir des informations exactes et complètes sur ce formulaire ou de ne pas fournir les documents requis peut affecter votre admissibilité à l'aide financière.

Nom du patient : _____ Date de naissance _____

Adresse du patient : _____

Ville : _____ Département : _____ Pays _____ Code postal : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Numéro de compte : _____ Date du service : _____

Nom du répondant : _____

Adresse du répondant : _____

Numéro de téléphone du répondant : _____

Nombre de membres de la famille dans le foyer : _____ Depuis combien de temps à l'adresse actuelle : _____ années _____ mois

INFORMATIONS SUR LES REVENUS (PAR MOIS)

Veuillez fournir les informations suivantes pour le(s) adulte(s) vivant dans votre foyer. Veuillez joindre des pages supplémentaires, si nécessaire. Si une catégorie ne s'applique pas, veuillez indiquer « N/A ».

1. Nom : _____	Lien de parenté avec le patient : _____
Employeur : _____	Heures travaillées par semaine : _____
A quelle fréquence le salaire est-il perçu : _____	Revenus salariaux mensuels : _____
Sécurité sociale : _____	Invalidité : _____
Pensions de retraite : _____	Pension alimentaire pour enfants : _____
Pension alimentaire : _____	Assistance publique : _____
Chômage : _____	Autre : _____

2. Nom : _____	Lien de parenté avec le patient : _____
Employeur : _____	Heures travaillées par semaine : _____
A quelle fréquence le salaire est-il perçu : _____	Revenus salariaux mensuels : _____
Sécurité sociale : _____	Invalidité : _____
Pensions de retraite : _____	Pension alimentaire pour enfants : _____
Pension alimentaire : _____	Assistance publique : _____
Chômage : _____	Autre : _____

REVENU MENSUEL TOTAL (somme totale de toutes les sources de revenus mensuels indiquées ci-dessus) : \$ _____

DÉPENSES DU FOYER (PAR MOIS)

Veuillez remplir les cases ci-dessous pour nous indiquer les dépenses de votre foyer. Si une catégorie ne s'applique pas, veuillez indiquer « N/A ».

Hypothèque : _____ Loyer : _____ Factures eau/électricité : _____

Alimentation : _____ Dépenses médicales : _____ Assurance (santé/vie) : _____

Carte de crédit : _____ Paiement de la voiture : _____ Assurance de la voiture : _____

Frais de garde d'enfants/d'adultes : _____

DÉPENSES MENSUELLES TOTALES (somme totale de toutes les dépenses mensuelles indiquées ci-dessus) : \$ _____

Autres circonstances financières (facultatif) : _____

ACTIFS DISPONIBLES

Veuillez remplir les champs ci-dessous pour nous informer sur vos actifs disponibles. Si une catégorie ne s'applique pas, veuillez indiquer « N/A ».

Nom de la banque ou de l'institution financière : _____

Solde actuel de comptes d'épargne : _____ Solde actuel de comptes courants : _____

Solde actuel de tout autre compte détenu : _____

Investissements (décrire) : _____

Autres biens personnels : _____

VALEUR TOTALE DES ACTIFS (somme totale de toutes les informations sur les actifs indiquées ci-dessus) : \$ _____

CERTIFICATION ET AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS

JE CERTIFIE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS LA PRÉSENTE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE, Y COMPRIS LES PIÈCES JOINTES, SONT, À MA CONNAISSANCE, EXACTES ET CORRECTES.

Je certifie que, compte tenu de mes revenus, de mes actifs disponibles et d'autres circonstances financières, je ne suis pas en mesure de satisfaire à mes obligations financières pour les services rendus par The Children's Hospital of Philadelphia ou l'une de ses filiales. Je comprends que les déclarations que j'ai faites dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'une enquête et d'une vérification. Je comprends qu'il me sera demandé de fournir une preuve des informations sur les revenus que j'ai fournies dans ce formulaire, et j'accepte d'aider The Children's Hospital of Philadelphia à obtenir les vérifications nécessaires. J'autorise par la présente la divulgation des informations que j'ai fournies aux agences Medicaid de mon État et aux organisations de soins gérés par Medicaid. J'accepte également d'informer immédiatement The Children's Hospital of Philadelphia si l'une des informations figurant sur ce formulaire change de manière significative au cours de l'année à venir.

Signature

Nom en caractères d'imprimerie

Lien avec le patient

Date

Signature du répondant

Date