

ORTHOINDY

HOSPITAL

Date :

Madame / Monsieur,

Veillez trouver ci-joint un formulaire de « déclaration de situation financière personnelle » qui sera utilisé pour déterminer si vous êtes admissible à une aide financière. Afin que votre demande d'aide soit traitée, vous devez remplir l'intégralité du formulaire, le signer et soumettre des copies des éléments suivants dans les quinze (15) jours civils :

- Toutes les sources de revenus pour les trois derniers mois.
- Les copies des bulletins de salaire des membres responsables du ménage pour les trois (3) derniers mois.
Cela inclut les chèques d'allocation pour invalidité.
- Les relevés de tous les comptes bancaires, certificats de dépôt, actions, obligations, biens immobiliers, retraite [401(K)], etc.
- Les déclarations d'impôt sur le revenu fédérales et de l'État les plus récentes, y compris les formulaires W2 et les annexes C, D, E et F. Si vous n'avez pas rempli de déclaration d'impôt, une déclaration de l'administration fiscale (Internal Revenue Service, IRS) indiquant que vous n'avez pas effectué de déclaration de revenus. Vous pouvez obtenir ces informations en appelant l'administration fiscale (IRS) au 800.829.1040.
- Si vous n'avez pas d'emploi, nous pouvons accepter une déclaration du bureau de l'emploi indiquant que vous ne travaillez pas et depuis combien de temps.
- Cartes d'assurance maladie

Il est important de nous renvoyer tous les éléments ci-dessus, y compris le formulaire de déclaration de situation financière personnelle rempli et signé. Votre demande ne peut être traitée sans les informations ci-dessus, puis vous serez soumis(e) à la politique d'aide financière de OrthoIndy Hospital. Votre signature est requise pour obtenir le rapport de solvabilité.

Si vous avez des questions ou des difficultés à obtenir les informations nécessaires, veuillez appeler notre gestionnaire des Services financiers aux patients au 317.773.4225.

Cordialement,

Les services financiers aux patients

ORTHOINDY

HÔPITAUX • DU CENTRE • DU SUD • DE L'OUEST

DÉCLARATION DE SITUATION FINANCIÈRE

Renseignements personnels

Numéro de compte patient : _____ Renvoyer avant : _____

Le formulaire de Déclaration de situation financière personnelle **doit** être rempli et renvoyé dans l'enveloppe de retour dans un délai de 10 jours ouvrables. **Il vous faudra joindre les bulletins de salaire pour les trois derniers mois et / ou le numéro de sécurité sociale pour la vérification ainsi que la déclaration de revenus de l'année en cours pour la vérification des revenus.**

Si le formulaire de Déclaration de situation financière personnelle n'est pas complet et / ou si les informations demandées ne sont pas fournies, l'aide ne sera pas accordée.

Informations sur le patient

Nom du patient: _____ Numéro de compte : _____

Nom du/de la garant(e) : _____ Numéro de téléphone: _____

Adresse: _____ Location Propriétaire NSS : _____

_____ Numéro de sécurité sociale: _____

État civil: _____ Nombre de personnes à charge: _____

Personne à charge: _____ Âge: _____ Personne à charge: _____ Âge: _____

Personne à charge: _____ Âge: _____ Personne à charge: _____ Âge: _____

Personne à charge: _____ Âge: _____ Personne à charge: _____ Âge: _____

Emploi

Employeur du/de la garant(e): _____ Années d'emploi : _____

Adresse: _____

Salaire: _____ Par: Semaine Mois Année Intitulé du poste: _____

Employeur du/de la garant(e): _____ Années d'emploi : _____

Adresse: _____

Salaire: _____ Par: Semaine Mois Année Intitulé du poste: _____

Employeur du/de la conjoint(e) : _____ Années d'emploi : _____

Adresse: _____

Salaire: _____ Par: Semaine Mois Année Intitulé du poste: _____

Autre revenu mensuel (cochez ce qui s'applique):

Allocation de revenu de sécurité complémentaire (SSI), _____ \$

Retraite : _____ \$

Allocation pour enfants à charge (ADC): _____ \$

Pension alimentaire: _____ \$

Chômage: _____ \$

Prestations pour ancien combattant: _____ \$

Autre: _____ Bons alimentaires : Oui Non

Informations sur l'assurance

Avez-vous une assurance pour couvrir les frais d'hospitalisation? Oui Non

Avez-vous affectué une demande de prise en charge par Medicaid? Oui Non

Approuvée ? Oui Non Refusée

Nom de l'assistant(e) social(e) : _____ Numéro de téléphone: _____

Nom de l'assurance principale : _____ Numéro de police: _____

Nom du titulaire de la police : _____ Date de prise d'effet: ____/____/____

Nom de l'assurance secondaire : _____ Numéro de police: ____/____/____

Nom du titulaire de la police : _____ Date de prise d'effet: ____/____/____

ORTHOINDY

HÔPITAUX • DU CENTRE • DU SUD • DE L'OUEST

DÉCLARATION DE SITUATION FINANCIÈRE

Actifs

Numéro de compte patient : _____ Renvoyer avant : _____

Actifs

Numéro de compte courant : _____ Banque: _____ Solde: _____

Adresse: _____

N° de compte d'épargne : _____ Banque: _____ Solde: _____

Adresse: _____

Autres actifs

Cochez ce qui s'applique: Certificats de dépôt Obligations d'épargne Action

Fonds fiduciaire Autre

Institution financière: _____ Valeur totale : _____

Institution financière: _____ Valeur totale : _____

Institution financière: _____ Valeur totale : _____

Immobilier/Maison

Valeur estimée de la maison : _____ Solde de l'hypothèque: _____

(Le montant que vous prévoyez pour la vente de votre maison.)

Je certifie par la présente que les réponses données aux questions ci-dessus sont à ma connaissance correctes et véridiques.

Signature: _____ Date: ____/____/____

Des informations supplémentaires peuvent être ajoutées ci-dessous, ainsi que des pages supplémentaires si nécessaire :

Si vous avez des questions concernant les informations demandées, veuillez appeler le **317.773.4225**.

J'autorise par la présente OrthoIndy Hospital à obtenir un rapport de solvabilité me concernant et concernant mon/ma conjoint(e) :

Signature: _____ Date: ____/____/____

La signature et toutes les informations applicables sont requises pour poursuivre le processus de demande.

OIH 206 (rév. 3/18)