1150 Varnum St. NE
Washington, DC 20017

PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE DE L'HÔPITAL PROVIDENCE

INSTRUCTIONS POUR LA DEMANDE :

Si vous souhaitez solliciter le programme d'aide financière de l'hôpital Providence, nous vous invitons à compléter et à nous retourner le formulaire de demande joint. En cas de question, nos collaborateurs de l'hôpital Providence sont à votre disposition pour y répondre et vous aider à remplir le présent formulaire.

Votre formulaire de demande sera examiné en vue d'établir une réduction en fonction des revenus de votre ménage et du nombre de personnes non autonomes au sein de votre ménage. Si vous êtes dans les conditions d'admissibilité, le pourcentage de réduction varie de 70 à 100 %. Si vous n'êtes pas dans les conditions d'admissibilité pour ce programme, vous recevrez automatiquement une réduction de 65 % sur vos frais médicaux non couverts par une assurance.

ADMISSIBILITÉ
Pour vous qualifier pour l'aide financière, veuillez noter ce qui suit :

- Il peut être nécessaire d'introduire une demande d'aide locale, fédérale ou publique.
- **Il est nécessaire d'effectuer une vérification des revenus du ménage. Veuillez fournir une preuve des revenus du ménage (déclaration des revenus et/ou fiches de salaire récentes). Si vous ne disposez d'aucun revenu, veuillez fournir une déclaration expliquant la manière dont sont couverts vos besoins financiers.**
- Les autres sources de revenus doivent également être mentionnées. Celles-ci comprennent : les pensions alimentaires pour enfants, les pensions alimentaires, les indemnisations des accidents de travail, l'aide publique, les revenus issus d'un travail indépendant et les allocations chômage.

L'aide financière ne peut être octroyée pour :

- des frais personnels comme les dépenses consacrées à la télévision ;
- un service qui n'est pas médicalement requis y compris les soins esthétiques et les traitements de l'infertilité ;
- un service couvert par l'assurance dans un autre réseau de soins de santé ;
- des produits pharmaceutiques sans ordonnance.

La décision de l'aide financière ne doit porter que sur la période de soins pour laquelle cette demande a été complétée.

Envoyez votre demande au : Providence Hospital (Hôpital Providence)
À l'attention des : Financial Counseling & Eligibility Services
(Ground Flr) (Services des Conseillers financiers et d'admissibilité)
1150 Varnum St., NE
Washington, DC 20017

Envoyez cette demande par télécopie au numéro suivant : (202) 281-3143

Questions concernant cette demande : (202) 854-4081

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)				Account No.	
Patient Name:	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.
Address:	City	State	Zip		Email Address
Social Security Number:	Employer		Full Time Part Time		How many hrs/wk
Employer Address:	City	State	Zip		Telephone No.

RESPONSIBLE PARTY'S INFORMATION					
Name Same as above	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.
Address		State	Zip		Email Address
Social Security Number	Employer		Full Time Part Time		How many hrs/wk
Employer Address	City	State	Zip		Telephone No.

RESPONSIBLE PARTY SPOUSE INFORMATION				
Spouse's Name		Social Security Number		Birth Date
Spouse's Employer:	Address:	City	State Zip	Telephone No.

DEPENDENTS:

Name	Age	Relationship	Name	Age	Relationship

GROSS MONTHLY INCOME	
Applicant Earned Income	
Applicant Spouse's Income	
Social Security Benefits	
Pension/Retirement Income	
Unemployment Compensation	
Worker's Compensation	
Interest / Dividend Income	
Child Support	
Alimony	
Rental Property Income	
Food Stamps	
Other	
Other	
TOTAL GROSS INCOME:	

ASSETS	
Cash on Hand	
Savings Account	
Checking Account	
C.D.'s	
Securities	
Life Insurance	
Other Real Estate	
Other	

Vehicle / Make & Model:	Year	Value

Financial Settlements:	
Life Insurance	
Inheritance	
Other	
TOTAL VALUE OF ASSETS:	

MONTHLY LIVING EXPENSES	Payment	Balance
Mortgage/Rent		
Electricity		
Gas		
Telephone		
Water		
Groceries		
Cable TV		
Car Payment		
Cell Phone		
Day Care		
Child Support/Alimony		
Prescription Drugs		
Credit Cards:		
1.		
2.		
3		
Other Doctor / Hospital Bills:		
Insurance Expense:		
1. Automobile		
2. Property		
3. Medical / Life		
Other Loan Payments:		
1.		
2.		
Other Monthly Payments:		
cobra		
life insurance		
3.		
TOTAL MONTHLY EXPENSES:		

COMMENTS: _____

I hereby certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the hospital to obtain information from external credit reporting agencies if the hospital deems necessary.

Date

Signature of Patient, Spouse, Guarantor or Legal Representative

HÔPITAL PROVIDENCE
DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

ATTESTATION

Ma signature sur ce formulaire certifie que toutes les déclarations sont, à ma connaissance, exactes et que j'ai communiqué tous les éléments concernant mes finances. Je comprends et reconnais que toute déclaration inexacte de mes finances en relation avec la présente demande ou toute absence de bonne coopération en vue me qualifier pour des programmes qui peuvent couvrir le coût de mes soins (par exemple, Medicaid, plainte pour dommages corporels, indemnisation d'accident du travail) peut annuler tout remboursement de l'aide financière et que je serai financièrement responsable pour les soins fournis. J'autorise l'hôpital Providence ou ses représentants à demander et examiner mon dossier de crédit et de prendre toute autre mesure raisonnable pour valider les informations fournies.

Je comprends que si je me qualifie pour une partie de l'aide financière, je suis responsable du paiement de la partie restante de ma facture.

Déclaration concernant les revenus bruts (avant impôts et retenues)

Total des revenus annuels du ménage (ajoutez les colonnes annuelles pour le patient et son conjoint de l'autre côté et écrivez le total en dessous) :

_____

Déclaration concernant l'absence de revenus

Décrivez brièvement votre situation financière/ de vie et pourquoi vous avez besoin d'une aide financière pour vos frais médicaux.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Veuillez signer ci-dessous :

_____

Patient/ Garant (Date)