

## Programme d'assistance financière hospitalière

Nous vous remercions d'avoir choisi le Saint Agnes Hospital pour vos besoins médicaux.

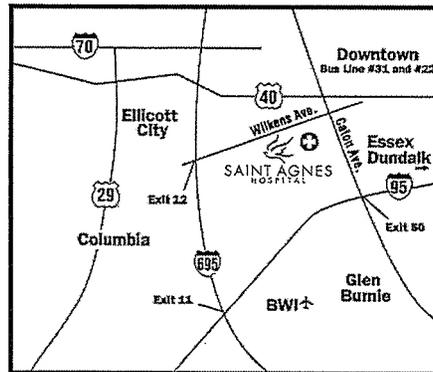
Vous avez souhaité présenter une demande pour notre programme d'assistance financière hospitalière. Afin qu'elle soit prise en compte, notre bureau a besoin de recevoir les documents suivants :

- La demande dûment remplie
- Votre Déclaration de Revenus Fédérale des années précédentes
- Une preuve de revenus actuels. Si vous êtes sans emploi, une preuve d'indemnités de chômage ou une lettre de soutien
- La preuve d'une éventuelle enquête
- Une copie de vos relevés de compte courant et/ou placement(s) bancaire(s)
- Une copie de vos factures médicales impayées

Au terme du processus d'évaluation, vous serez avisés du pourcentage d'allocation, le cas échéant, appliqué à vos comptes impayés.

Si nous ne recevons pas les informations requises dans les 15 jours, nous suivons notre procédure normale de recouvrement. Si vous avez des questions ou des inquiétudes, veuillez contacter votre Représentant des Comptes de Patients (Patient Account Representative) au 667-234-2140.

## Nous vous remercions d'avoir choisi le Saint Agnes Hospital pour vos besoins médicaux !



900 S. Caton Avenue  
Mailstop 045  
Baltimore, MD 21229  
667-234-2140  
TTY : 667-234-2001  
[www.TeamSaintAgnes.com](http://www.TeamSaintAgnes.com)



## SERVICES FINANCIERS DES PATIENTS

Demande d'assistance  
financière unique de  
l'État du Maryland

# Demande d'assistance financière unique de l'État du Maryland

## Informations vous concernant

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom                      Second prénom                      Nom de famille

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Situation de famille :    Célibataire    Marié    Séparé

Citoyen américain :    Oui    Non

Résident permanent :    Oui    Non

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ville                      État                      Code postal

Pays                      Téléphone

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

Ville                      État                      Code postal

Membres de la famille :

Nom	Age	Parenté
-----	-----	---------

Nom	Age	Parenté
-----	-----	---------

Nom	Age	Parenté
-----	-----	---------

Nom	Age	Parenté
-----	-----	---------

Nom	Age	Parenté
-----	-----	---------

Nom	Age	Parenté
-----	-----	---------

Nom	Age	Parenté
-----	-----	---------

Nom	Age	Parenté
-----	-----	---------

Nom	Age	Parenté
-----	-----	---------

Avez-vous demandé une assistance financière ?  
Oui    Non

Si oui, quand avez-vous fait cette demande ? \_\_\_\_\_

Si oui, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Recevez-vous des aides du pays  
ou de l'État ?                      Oui    Non

### I. Revenus familiaux mensuels

Emploi \_\_\_\_\_

Allocation de retraite/pension \_\_\_\_\_

Allocation de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Allocation de l'assistance publique \_\_\_\_\_

Allocation handicapé \_\_\_\_\_

Allocation chômage \_\_\_\_\_

Allocation de vétéran \_\_\_\_\_

Pension alimentaire \_\_\_\_\_

Revenu(s) de logement(s) locatif(s) \_\_\_\_\_

Allocation de grève \_\_\_\_\_

Solde militaire \_\_\_\_\_

Emploi indépendant ou agriculteur \_\_\_\_\_

Autres sources de revenu \_\_\_\_\_

**Total** \_\_\_\_\_

### II. Disponibilités financières

Compte courant \_\_\_\_\_

Compte d'épargne \_\_\_\_\_

Actions, obligations, obligation convertibles, ou marché financier \_\_\_\_\_

Autres comptes \_\_\_\_\_

**Total** \_\_\_\_\_

### III. Autres actifs

Si vous possédez l'un des bien suivants, veuillez en faire la liste et la valeur approximative.

Logement : Solde du prêt : \_\_\_\_\_ Valeur : \_\_\_\_\_

Voiture : Marque : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Valeur : \_\_\_\_\_

Voiture : Marque : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Valeur : \_\_\_\_\_

### III. Autres actifs

Voiture : Marque : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Valeur : \_\_\_\_\_

Autre(s) bien(s) : \_\_\_\_\_

**Total** \_\_\_\_\_

### IV. Dépenses mensuelles                      Montant mensuel

Loyer ou crédit immobilier \_\_\_\_\_

Charges \_\_\_\_\_

Crédit(s) de voiture \_\_\_\_\_

Carte(s) de crédit \_\_\_\_\_

Assurances) de voiture(s) \_\_\_\_\_

Autres dépenses médicales \_\_\_\_\_

Autres dépenses \_\_\_\_\_

**Total** \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres factures médicales impayées ?

Oui    Non    Le cas échéant, montant \_\_\_\_\_

Pour quel(s) service(s) ? \_\_\_\_\_

Si vous avez souscrit à un plan de remboursement, quel en est le montant mensuel ? \_\_\_\_\_

Si vous demandez à l'hôpital une assistance financière supplémentaire, l'hôpital peut vous demander des informations complémentaires afin d'adapter sa décision . En signant ce formulaire, vous reconnaissez que les informations fournies sont véridiques et que vous acceptez d'informer l'hôpital de toute modification d'information fournie sous dix jours.

\_\_\_\_\_  
Signature du Demandeur

\_\_\_\_\_  
Parenté avec le Patient

\_\_\_\_\_  
Date