



Nom du patient : _____	Date de naissance : _____	Sécurité sociale # : _____
Adresse actuelle : _____	Téléphone résidentiel # : _____	
État matrimonial : _____	Situation professionnelle : _____	Téléphone Alt # : _____
Si vous êtes marié, complétez ci-dessous :		
Nom du conjoint: _____	Date de naissance : _____	Sécurité sociale # : _____
Situation professionnelle du conjoint: _____		
Ci-dessous est la liste de toutes les personnes à charge indiquées sur la déclaration d'impôt (si plus d'espace est nécessaire, veuillez joindre un document en séparé):		
Nom : _____	Date de naissance : _____	Revenu : _____
Nom : _____	Date de naissance : _____	Revenu : _____
Nom : _____	Date de naissance : _____	Revenu : _____
Nom : _____	Date de naissance : _____	Revenu : _____
Cochez ci-dessous si vous remplissez l'une des conditions énumérées : (veuillez joindre la documentation.)		
<input type="checkbox"/> Recevant l'assurance-santé Medicaid de l'État	<input type="checkbox"/> Recevant des coupons alimentaires/des repas à l'école subventionnés/WIC/LACHIP/HUD	
<input type="checkbox"/> Sans-abri/indigent	<input type="checkbox"/> Recevant des prescriptions financées par l'État	
<input type="checkbox"/> Décédé avec pas de conjoint/succession	<input type="checkbox"/> Responsabilité et/ou victime d'un crime violent	
Considérations du revenu : (revenu brut du travail, chômage, SSI/SSDI, retraite, les autres sources de revenu)		
Revenu mensuel brut du patient : _____	Taux par heure / heures par semaine __	Sources du revenu: _____
Revenu mensuel brut du conjoint: _____	Taux par heure / heures par semaine __	Sources du revenu: _____
Autre membre de la famille vivant dans la maison :		
Revenu mensuel brut : _____	Taux par heure / heure par semaine __	Sources du revenu: _____

Le revenu familial est considéré lors de la détermination d'une aide financière. Ce qui suit est utilisé lors du calcul du **revenu** et de revenu familial :

- Comprends les gains, les indemnités de chômage, l'indemnisation des travailleurs, la sécurité sociale, le revenu supplémentaire de sécurité, l'assistance publique, les paiements aux anciens combattants, les prestations de survivant, la pension ou le revenu de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les redevances, les revenus de successions, les fiducies, l'aide aux études, la pension alimentaire, la pension alimentaire pour enfants, l'aide provenant de l'extérieur du ménage, et d'autres sources diverses.
- Déterminé sur une base avant l'impôt. Comprends les revenus de tous les membres de la famille qui vivent ensemble et les personnes à charge indiquées sur la déclaration d'impôt sur le revenu. (les non-membres de la famille, tels que les colocataires, ne comptent pas). Pour les personnes à charge qui vivent à l'extérieur de la maison, le revenu familial comprend le revenu des personnes à charge, ainsi que les revenus de ceux qui indiquent la personne à charge sur leur déclaration d'impôt.
- Le revenu de la famille comprend également des ressources ou des biens qui sont facilement convertibles en argent; y compris mais non limités aux comptes chèques, comptes d'épargne, actions, obligations, certificats de dépôt, et de l'argent. L'IRA et 401K sont exclus jusqu'à ce que l'argent soit retiré.

En signant ce document, je, le patient ou le soignant, certifie que les informations ci-dessus sont véridiques et exactes au meilleur de ma connaissance. En outre, s'il est déterminé que le demandeur peut bénéficier de Medicare, Medicaid, ou une autre couverture d'assurance, je vais prendre toutes les mesures raisonnablement nécessaires pour obtenir une telle assistance et assignera ou payera l'hôpital du montant recouvré pour les frais d'hospitalisation. Si une information que j'ai donnée s'avère être fausse, je comprends que l'hôpital peut réévaluer ma situation financière et prendre toutes les mesures qui deviennent appropriées. Il est également entendu que de remplir la présente application n'est pas une garantie d'approbation dans le programme d'aide financière FMOL-HS. Si applicable, je donne mon consentement à la divulgation de mes renseignements personnels à des sociétés pharmaceutiques à des fins de vérification uniquement dans la majorité des programmes de remplacement de médicaments d'aide aux patients. Je certifie que je contacterai/informerai l'établissement dans le cas que j'ai une assurance et/ou un changement de revenu.

Signature du demandeur _____

Date : _____

LA VÉRIFICATION DU REVENU ET LA DOCUMENTATION À L'APPUI

La vérification de revenu est nécessaire pour toute demande d'aide financière. Les documents suivants doivent être fournis :

1. La demande d'aide financière dûment remplie
2. Une pièce d'identité avec photo ou une pièce d'identité légale
3. La plupart des récentes déclarations d'impôts pour le patient/le garant, les membres de la famille vivant dans la maison, et les personnes à charge indiquées sur la déclaration d'impôt du patient/garant. Si le patient ou le garant n'est pas tenu de déposer des impôts fédéraux (en raison du faible revenu ou sans revenu), une déclaration de l'IRS est nécessaire.

Numéro sans frais de l'IRS : 1-800-908-9946 or 800-829-1040

4. Une preuve de revenu pour le patient/garant, les membres de la famille vivant dans la maison, et les personnes à charge indiquées sur la déclaration d'impôt du patient/garant.
 - i. Si employé : les 3 derniers talons de chèque de paie, les 3 derniers mois de relevés bancaires, le dernier W-2 disponible.
 - ii. La déclaration de revenu mensuel du travailleur indépendant ou une copie du général grand livre de comptabilité générale / un sommaire du compte de vérification des affaires.
 - iii. Si sans emploi : une copie des renseignements sur les prestations d'invalidité de la sécurité sociale, autre revenu/prestations de la sécurité sociale, 1099R, la pension , l'assistance publique, l'indemnisation des travailleurs, un fonds en fiducie, le chômage, le support militaire, la pension alimentaire pour enfants, la pension alimentaire; les chèques d'assistance publique; les chèques de retraite; et/ou la déclaration notariée de soutien.
5. Si le demandeur est décédé et n'a pas d'autre partie responsable, une copie du certificat de décès est alors nécessaire pour prouver que le patient est décédé avant que la demande d'aide financière soit passée en revue.

LA DÉTERMINATION DE L'AIDE FINANCIÈRE

1. Un formulaire de demande dûment rempli ainsi que les pièces justificatives doivent être reçus dans les 30 jours de la demande d'aide financière.
2. Les formulaires de demande ne respectant pas ces conditions peuvent être retournés ou considérés comme refusés.
3. Les demandes d'aide financière doivent être traitées rapidement et FMOLHS doit aviser le patient ou le demandeur par écrit dans un délai de 30 jours à compter de la réception du formulaire de demande dûment rempli.
4. Si elle est approuvée, l'aide financière sera appliquée à la date du service pour laquelle la demande d'aide financière a été initiée et pour des dates futures de service dans les six mois suivants.

Vous pouvez transmettre vos informations au service des admissions ou par la poste à l'un des emplacements suivants :

Heart Hospital of Lafayette
À INTENTION DE : Service des admissions/conseils financiers »
ATTENTION: Admissions Dept / Financial Counseling
1105 Kaliste Saloom Rd
Lafayette, LA 70508

