

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de remplir le présent formulaire si vous croyez que le paiement de vos soins de santé vous causera des difficultés financières. Cette demande nous aidera à déterminer si nous sommes en mesure de réduire les dépenses pour les services fournis à Dartmouth-Hitchcock. Veuillez répondre à toutes les questions qui s'appliquent à vous ou à votre famille. L'information fournie est confidentielle et est seulement examinée par le personnel traitant votre demande.

Si vous avez une assurance maladie, il est possible que vous puissiez également bénéficier d'une aide financière offerte par d'autres prestataires participant du réseau NH Health Access Network. NH Health Access Network est un réseau d'hôpitaux et d'autres prestataires de soins de santé qui s'efforce d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les enfants et résidents adultes sous-assurés de l'État du New Hampshire.

Avant qu'une aide financière puisse vous être accordée, vous devez avoir épuisé toutes les autres sources de paiement, notamment les paiements provenant d'une compagnie d'assurance, de l'assistance publique, d'un litige ou d'un cas de responsabilité civile. Veuillez utiliser la liste suivante pour vous assurer que vous avez bien inclus tous les renseignements.

1. Une copie intégrale de votre dernière déclaration de revenus fédérale et toutes les annexes.
2. Une copie de tous les formulaires W-2 les plus récents.
3. Une copie des trois (3) salaires les plus récents ou d'une attestation d'employeur(s).
4. Une copie des trois (3) relevés bancaires les plus récents (par exemple, caisse d'épargne, compte bancaire, fonds du marché monétaire, IRA, 401K, etc.).
5. Une copie des relevés d'allocation de chômage ou de pension d'invalidité.
6. Une copie des paiements de sécurité sociale ou autre retraite.
7. Une copie de l'allocation de coupons alimentaires.
8. Une copie des paiements provenant de dividende ou de fonds fiduciaire et de déclarations de l'impôt foncier.
9. Une copie des avis d'aide gouvernementale (y compris du Department of Health & Human Services).

Vous pouvez recevoir une aide personnelle pour remplir la demande aux bureaux suivants :

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 Poste 4444
---	--	---	---	---

Vous continuerez d'être financièrement responsable pour tout service que vous recevez jusqu'à réception de votre demande dûment remplie. Si vous n'avez pas reçu de réponse de notre part dans les 30 jours suivant l'envoi de votre demande ou si vous avez besoin d'aide pour remplir la demande, appelez un de conseillers aux patients au (844) 647.6436.

Heures d'ouverture : de 09h00 à 16h30, du lundi au vendredi.

Les demandes dûment remplies doivent être envoyées à l'adresse ci-dessous :

Dartmouth-Hitchcock Medical Center
Attn: PFS - Level 3 - NSA
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756-0001
Télécopieur : (603) 650-6142

Demande d'aide financière

1. Information concernant le patient :

Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom	N° de sécurité sociale		Date de naissance
Adresse physique adresse		Ville	État	Code postal	Combien de temps à cette
Adresse postale		Ville	État	Code postal	
N° de téléphone (domicile)		N° de téléphone (bureau)		<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)
				<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
				<input type="checkbox"/> Citoyen américain	<input type="checkbox"/> Résident du New Hampshire
				<input type="checkbox"/> Union civile	<input type="checkbox"/> Veuf/veuve

2. Responsable du paiement de la facture

Nom de famille	Prénom	Initiale du deuxième prénom	Relation avec le patient	N° de sécurité sociale
Adresse (si différente de celle du patient)			N° de téléphone (domicile)	N° de téléphone (bureau)
Nom de la compagnie d'assurance			Date de validité	

3. ** Indiquez TOUTES les personnes faisant partie du ménage, y compris le demandeur : Utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire

NOM	RELATION AVEC LE PATIENT	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	Faisant une demande d'aide oui/non
1	Demandeur			
2				
3				
4				
5				
6				

4. Est-ce que cette demande se rapporte à des prestations Futures Passées Date(s) des prestations : _____

5. À remplir si une personne de votre ménage est couverte par une assurance :
 Assurance maladie (Plan/nom) _____, Compte d'épargne-santé (encercler) – Oui Non **Bénéficiaire :** _____
 N° de police/N° d'identification _____ Montant de la franchise : _____

Medicare Part A _____, Medicare Part B _____ Reçoit de l'aide pour payer Medicare Part B _____ **Bénéficiaire :** _____

6. Quelqu'un dans votre ménage a-t-il fait une demande pour bénéficier de Medicaid ? Oui Non
 Qui : _____ Si oui en en cas de refus, soumettez une copie de l'avis de refus de Medicaid.

7. Avez-vous soumis une demande d'aide financière auprès d'un autre établissement ? Si oui, nom de l'établissement : _____
 Oui non

8. Y a-t-il une personne enceinte dans votre ménage ? Oui non

9. Quelqu'un dans votre ménage a-t-il servi dans l'armée ? Oui non Qui : _____

10. Avez-vous récemment soumis une demande d'indemnisation d'accident de travail ou d'accident de véhicule automobile ?
 Oui non Date : _____

11. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage bénéficie des prestations de sécurité sociale ? Oui no Qui : _____

12. Est-ce que quelqu'un vous déduit de sa déclaration de revenus ? Oui non Qui : _____

13. INFORMATIONS SUR LE MÉNAGE	PERSONNE 1	PERSONNE 2	PERSONNE 3
--------------------------------	------------	------------	------------

* NOM de chaque membre du ménage : _____

Nom de l'employeur : _____

Revenu mensuel brut provenant de :

Emploi :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Travail autonome :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Comptes de placement :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Location immobilières :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Chômage (depuis (___/___/___)) :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Retraite :	\$ _____	_____	_____
(sécurité sociale, pension, rente viagère)			
Pension alimentaire pour adulte/enfants :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Assistance publique, bons alimentaires :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autres revenus :	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Économies et placements :

Soldes de compte bancaire	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Soldes de compte d'épargne et de certificats de dépôt	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Comptes IRA, 403B, 401K :			
Préciser : _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autres économies et placements :			
Préciser : _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Autre :

Véhicule : Année, marque et modèle _____

Véhicule de loisirs : Année, marque et modèle _____

14. FRAIS DU MÉNAGE

Loyer mensuel : \$ _____ ou paiement d'hypothèque : \$ _____ Solde de prêt d'hypothèque : \$ _____

Montant d'impôt foncier non inclus dans le montant de paiement ci-dessus : \$ _____ Valeur de l'habitation : \$ _____

Avez-vous des biens immobiliers autres que la résidence principale ? oui non Si oui, valeur \$ _____ Solde de l'hypothèque : \$ _____

Si l'autre bien est un commerce, indiquez l'adresse : _____

Montant du prêt mensuel : \$ _____ payé à : _____ raison du prêt : _____

Montant de Medicare Part D déduit du chèque de sécurité sociale : oui non montant : \$ _____

Frais pour services publics \$ _____ Assurance (voiture/vie/biens) \$ _____ Autre : _____ \$ _____

Pension alimentaire adulte/enfants \$ _____ Prime d'assurance maladie \$ _____ Autre : _____ \$ _____

Garde d'enfants \$ _____ Frais pour soins de santé \$ _____ Autre : _____ \$ _____

Dépenses courantes (essence, nourriture, vêtements) \$ _____ Médicaments \$ _____ Autre : _____ \$ _____

15. CESSION DE DROITS	<i>Lire attentivement</i>
-----------------------	---------------------------

En signant ci-dessous, j'autorise que mon dossier de crédit et/ou de déclaration de revenus soit demandé(e). Je comprends qu'une déclaration de revenus est nécessaire pour le traitement de cette demande et que la détermination de mon admissibilité peut exiger des renseignements complémentaires. Dans le cas où je n'aurais pas divulgué intégralement mes revenus ou actifs ou aurais fait une fausse déclaration, tout accord d'escompte charitable sur les soins de santé sera annulé, et ceci avec application rétroactive à compter de la date d'échéance des factures. Je suis susceptible d'être responsable pour tous les frais juridiques encourus pendant le processus de recouvrement.

Tous les membres adultes du ménage qui apposent leur signature sur la présente autorisent la divulgation d'informations médicales, financières ou professionnelles qui se rapportent directement à leurs soins de santé ou à leur admissibilité à une aide financière. Ces informations peuvent être divulguées aux prestataires de soins de santé auprès de qui les membres du ménage ont fait appel à des services de santé ou demandé une aide financière. Tous les renseignements fournis resteront confidentiels en vertu des dispositions des réglementations fédérales HIPAA. Une intervention élective risque d'être exclue de l'aide financière.

J'accepte de rembourser le montant complet de l'aide financière accordée si je reçois un paiement quelconque pour les services médicaux visés par cette demande ; par exemple, un paiement provenant d'une police d'assurance, d'un programme gouvernemental ou d'un procès, ou toute autre forme de paiement.

Si je bénéficie d'une aide financière, je conviens d'informer l'organisme auquel j'ai soumis ma demande en premier lieu de tout changement pouvant affecter mon admissibilité, notamment un changement du nombre de membres de la famille, des revenus et de la couverture d'assurance maladie. Je comprends que si ma ou notre situation médicale change de sorte que je puisse ou que nous puissions bénéficier d'un programme d'assistance publique, je serai tenu de déposer une demande d'admission à ce programme et de fournir la preuve de la demande.

Signature du demandeur	Date	Signature du codemandeur	Date
------------------------	------	--------------------------	------