

Cher demandeur, chère demandeuse,

Si vous rencontrez des difficultés financières pour le paiement de vos dépenses de santé, veuillez remplir la présente demande. Cette demande nous aidera à déterminer notre capacité à pouvoir réduire les dépenses pour les actes et prestations fournis dans les établissements de Dartmouth-Hitchcock, de Cheshire Medical Center ou de Alice Peck Day Memorial Hospital. Veuillez répondre aux questions qui s'appliquent à vous ou à votre foyer. Toutes les informations que vous fournissez sont confidentielles et sont examinées seulement par le personnel traitant votre demande.

Si vous avez une assurance, vous pouvez tout aussi bien remplir les conditions de l'aide financière avec d'autres prestataires de services du NH Health Access Network (Réseau d'accès à la santé du New Hampshire). Le NH Health Access Network est un réseau d'hôpitaux et de prestataires de soins de santé qui visent à améliorer l'accès aux soins de santé pour les enfants et les adultes sous-assurés résidant dans l'État du New Hampshire.

Avant toute attribution d'aide financière, vous devez avoir épuisé toutes les autres ressources de paiement, y compris l'assurance, l'aide sociale, les contentieux ou la responsabilité civile de tiers. Veuillez utiliser la liste de contrôle ci-dessous afin de vous assurer d'avoir inclus toutes les informations.

|   | Obligatoire              | Non<br>concerné          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Une copie intégrale de votre dernière déclaration de revenu fédéral et de toutes les annexes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Des copies de tous les formulaires W-2 les plus récents  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Des copies des trois (3) talons de chèque de paie les plus récents ou une déclaration du ou des employeurs   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Des copies des trois (3) derniers relevés bancaires (i.e., compte épargne, compte courant, fonds du marché monétaire, compte d'épargne retraite, plan d'épargne retraite par capitalisation 401(k), etc.)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Des copies des attestations d'indemnités d'invalidité et de chômage  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Des copies des allocations de la sécurité sociale et/ou de retraite  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Une copie de l'allocation de bons alimentaires   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Des copies des relevés des sources de dividendes, des fonds fiduciaires et de déclaration de l'impôt foncier   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Des copies des avis d'aide de l'état fédéral ;   |                          |                          |
| <i>Avis du Department of Health &amp; Human Services (ministère de la Santé et des Services sociaux) (toutes les pages)</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Lettres du programme Medicaid Spend Down (programme de couverture supplémentaire pour le paiement de médicaments sous ordonnances), copies des avis de refus de la part de Medicaid</i>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Avis des Premium Assistance Plan(s) (programme(s) de couverture de santé pour les adultes les plus démunis) et Marketplace Insurance(s) (assurance(s) santé pour achat sur les plateformes de chaque état)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vous pouvez recevoir de l'aide en personne pour remplir le présent formulaire de demande aux lieux suivants :

|   |  |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|
| Dartmouth-Hitchcock<br>Medical Center<br>One Medical Center<br>Drive<br>Lebanon, NH 03756<br>N° local :<br>(603) 650-6222 | Dartmouth-Hitchcock<br>Concord<br>253 Pleasant Street<br>Concord, NH 03301<br>(603) 229-5080 | Dartmouth-Hitchcock<br>Manchester<br>100 Hitchcock Way<br>Manchester, NH<br>03104<br>(603) 695-2692 | Dartmouth-<br>Hitchcock Nashua<br>2300 Southwood<br>Drive<br>Nashua, NH 03063<br>(603) 577-4055 | Dartmouth-Hitchcock<br>Keene<br>580-590 Court Street<br>Keene, NH 03431<br>N° local :<br>(603) 354-5430 | Alice Peck Day<br>Memorial Hospital<br>10 Alice Peck Day Dr.<br>Lebanon, NH 03766<br>(603) 443-9579 |
|---|--|---|---|---|---|

Vous continuerez d'être financièrement responsable pour les actes et prestations que vous recevrez jusqu'à réception de la demande remplie en bonne et due forme. Si vous n'avez pas de nos nouvelles dans les 30 jours suivant l'envoi de votre demande, ou si vous avez besoin d'aide pour remplir la demande, veuillez appeler l'un de nos défenseurs des droits des patients (*Patients Advocates*) au (844) 647-6436.

Les horaires d'ouverture sont de 9 h 00 à 16 h 30 du lundi au vendredi.

Les demandes remplies en bonne et due forme doivent être renvoyées à l'une des adresses ci-dessous.

Dartmouth Hitchcock Medical Center  
One Medical Center Dr. PFS : Level 3 FAA  
Lebanon, NH 03766  
FAX : (603) 442-5135

Dartmouth-Hitchcock/Cheshire  
580-590 Court St. PFS : FAA  
Keene, NH 04431  
FAX : (603) 354-6596

Alice Peck Day Memorial Hospital  
10 Alice Peck Day Drive FAA  
Lebanon, NH 03756  
FAX : (603) 650-6142

## Demande d'aide financière

**Alice Peck Day Memorial Hospital**  
 À l'attention de : FAA  
 10 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 03766

### 1. Renseignements sur le patient :

|  |                                |                             |                            |                   |
|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------|
| Nom de famille   | Prénom                         | Initiale du deuxième prénom | Numéro de sécurité sociale | Date de naissance |
| Adresse  |                                | Ville                       | État                       | Code postal       |
| Durée de séjour à l'adresse  |                                |                             |                            |                   |
| Adresse postale  | Ville                          | État                        | Code postal                |                   |
| Numéro de téléphone du domicile  | Numéro de téléphone du travail |                             |                            |                   |
| <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union civile<br><input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (veuve)<br><input type="checkbox"/> Citoyen(ne) américain(e) <input type="checkbox"/> Résident(e) du NH |                                |                             |                            |                   |

### 2. Personne responsable de régler la facture

|   |        |                                 |                                |                            |
|---|--------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| Nom de famille                            | Prénom | Initiale du deuxième prénom     | Relation au patient            | Numéro de sécurité sociale |
| Adresse si différente de celle du patient |        | Numéro de téléphone du domicile | Numéro de téléphone du travail |                            |
| Nom de la compagnie d'assurance           |        |                                 | Date d'entrée en vigueur       |                            |

### 3. \*\*Veuillez indiquer TOUTES les personnes vivant dans votre foyer, y compris le demandeur :

Utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire

| NOM | RELATION AU PATIENT | DATE DE NAISSANCE | N° DE SÉCURITÉ SOCIALE | Demandeur Oui/Non |
|-----|---------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| 1   | <b>Demandeur</b>    |                   |                        |                   |
| 2   |                     |                   |                        |                   |
| 3   |                     |                   |                        |                   |
| 4   |                     |                   |                        |                   |
| 5   |                     |                   |                        |                   |
| 6   |                     |                   |                        |                   |

4. Cette demande concerne-t-elle des actes et prestations futurs ou passés ?  Futurs  Passés

Date(s) des actes ou prestations : \_\_\_\_\_

5. À remplir si une personne de votre foyer est couverte par une assurance :

Assurance santé (Régime/nom) \_\_\_\_\_, *Health savings account* (Livret d'épargne santé) (entourez) –

Oui  Non

Qui : \_\_\_\_\_

N° de Police/N° d'identification \_\_\_\_\_ Montant de la franchise : \_\_\_\_\_

Partie A de Medicare \_\_\_\_\_, Partie B de Medicare \_\_\_\_\_ Reçoit de l'aide pour payer la Partie B de Medicare \_\_\_\_\_ Qui : \_\_\_\_\_

6. Une personne de votre foyer a-t-elle fait une demande pour bénéficier de *Medicaid* (couverture médicale pour les plus démunis) ?

Oui  Non

Qui : \_\_\_\_\_ Si oui, et que la demande a été refusée, veuillez fournir une copie de l'avis de refus de *Medicaid*.

7. Avez-vous sollicité un autre établissement pour obtenir une aide financière ?  Oui  Non Si oui, où : \_\_\_\_\_

8. Y a-t-il une personne enceinte dans votre foyer ?  Oui  Non

9. Quelqu'un de votre foyer a-t-il servi dans l'armée ?  Oui  Non Qui : \_\_\_\_\_

10. Avez-vous récemment déposé une demande d'indemnisation pour un accident de travail ou un accident d'un véhicule à moteur ?

Oui  Non Date : \_\_\_\_\_

11. Dans votre foyer, une personne a-t-elle droit aux prestations de la sécurité sociale ?

Oui  Non Qui : \_\_\_\_\_

12. Êtes-vous déclaré(e) comme personne à charge sur la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ?

Oui  Non Qui : \_\_\_\_\_

| 13. INFORMATIONS SUR LE FOYER | PERSONNE 1 | PERSONNE 2 | PERSONNE 3 |
|-------------------------------|------------|------------|------------|
|-------------------------------|------------|------------|------------|

|  |    |    |    |
|--|----|----|----|
| *NOM de chaque membre du foyer :   |    |    |    |
| Nom de l'employeur :   |    |    |    |
| <b>Provenance du revenu brut mensuel :</b>   |    |    |    |
| Emploi :   | \$ | \$ | \$ |
| Travail indépendant :  | \$ | \$ | \$ |
| Comptes de placement :   | \$ | \$ | \$ |
| Revenus de la location de biens immobiliers :  | \$ | \$ | \$ |
| Chômage : (depuis le ___ / ___ / ___)  | \$ | \$ | \$ |
| Retraite :   | \$ | \$ | \$ |
| (Sécurité sociale, pension, rente)   |    |    |    |
| Prestation compensatoire/Pension alimentaire :   | \$ | \$ | \$ |
| Aide sociale, bons alimentaires :  | \$ | \$ | \$ |
| Autre revenu :   | \$ | \$ | \$ |
| <b>Épargne et investissements :</b>  |    |    |    |
| Soldes des comptes courants  | \$ | \$ | \$ |
| Soldes des comptes d'épargne et de certificats de dépôt  | \$ | \$ | \$ |
| Comptes d'épargne retrait (IRA), plan d'épargne retraite 403(b), plan d'épargne retraite par capitalisation 401(k) : |    |    |    |
| Précisez : _____   | \$ | \$ | \$ |
| Autres épargnes et placements :  |    |    |    |
| Précisez : _____   | \$ | \$ | \$ |
| <b>Autre :</b>   |    |    |    |
| Voiture : Année, marque, modèle ?  |    |    |    |
| Véhicule de loisir : Année, marque, modèle ?   |    |    |    |

| 14. DÉPENSES DU FOYER |
|-----------------------|
|-----------------------|

Loyer mensuel : \$ \_\_\_\_\_ ou paiement du prêt immobilier : \$ \_\_\_\_\_ Solde du prêt hypothécaire \$ \_\_\_\_\_

La taxe foncière n'est pas incluse dans le montant du paiement ci-dessus : \$ \_\_\_\_\_ Valeur de l'habitation : \$ \_\_\_\_\_

Possédez-vous une propriété autre que votre résidence principale ?  Oui  Non Si oui, valeur \$ \_\_\_\_\_ Solde du prêt immobilier \$ \_\_\_\_\_

Si l'autre propriété est une entreprise, veuillez en indiquer l'adresse : \_\_\_\_\_

Mensualité du prêt : \$ \_\_\_\_\_ Payée à : \_\_\_\_\_ pour : \_\_\_\_\_

Partie D de Medicare déduit du chèque de la sécurité sociale :  Oui  Non Montant : \$ \_\_\_\_\_

|   |          |                                 |          |               |          |
|---|----------|---------------------------------|----------|---------------|----------|
| Charges   | \$ _____ | Assurance (auto/vie/habitation) | \$ _____ | Autre : _____ | \$ _____ |
| Pension compensatoire/<br>Pension alimentaire       | \$ _____ | Prime d'assurance santé         | \$ _____ | Autre : _____ | \$ _____ |
| Garde d'enfants                                     | \$ _____ | Frais de soins de santé         | \$ _____ | Autre : _____ | \$ _____ |
| Dépenses courantes (essence, nourriture, vêtements) | \$ _____ | Médicaments                     | \$ _____ | Autre : _____ | \$ _____ |

| 15. CESSION DE DROITS Lire attentivement |
|--|
|--|

En signant ci-dessous, j'autorise la demande de mon rapport de solvabilité et/ou de ma déclaration d'impôts. Je comprends qu'une déclaration d'impôts est requise pour traiter la présente demande et que des informations complémentaires peuvent être demandées avant que mon admissibilité puisse être déterminée. Dans l'éventualité où je n'aurais pas intégralement divulgué, ou de manière inexacte, des revenus ou des actifs, tout accord visant à vous accorder une remise de bienfaisance sur les soins serait nul et non avenue et serait rétroactif à compter de la date d'échéance des factures. Je peux être responsable de certains ou de tous les frais juridiques encourus pendant le processus de recouvrement.

Tous les membres adultes du foyer qui apposent leur signature ci-dessous autorisent la divulgation de toute information médicale, financière ou professionnelle qui se rapporte directement à leurs soins de santé ou à leur admissibilité à une aide financière. Ces informations peuvent être communiquées à tous les prestataires de soins de santé auprès desquels les membres du foyer ont fait appel à des services de soins de santé ou ont demandé une aide financière. Toutes les informations fournies resteront confidentielles en vertu des dispositions de la réglementation fédérale HIPAA (loi sur portabilité et la responsabilité en assurance santé). Les interventions facultatives pourraient ne pas faire l'objet d'une prise en compte en matière d'aide.

J'accepte de rembourser la totalité de l'aide financière si je reçois un paiement de quelque nature que ce soit pour les actes et prestations médicales visés par la présente demande, par exemple les paiements d'une police d'assurance, les paiements provenant de programmes gouvernementaux ou d'un procès, ou tout autre forme de paiement.

Si je bénéficie d'une aide financière, j'accepte de communiquer à l'organisme que j'ai initialement sollicité toute modification susceptible d'avoir une incidence sur mon admissibilité, y compris les modifications apportées au nombre de membres du foyer, au revenu et à la couverture médicale. Je comprends que si ma ou notre situation médicale change de sorte que je puisse ou que nous puissions remplir les conditions d'un programme d'aide sociale, je serais tenu(e) de faire une demande d'admission à ce programme et de fournir une preuve de la demande.

|                        |      |                           |      |
|------------------------|------|---------------------------|------|
| Signature du demandeur | Date | Signature du co-demandeur | Date |
|------------------------|------|---------------------------|------|