

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

Vous continuerez d'être financièrement responsable pour les actes et prestations que vous recevrez jusqu'à la 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 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 Drive PFS : Level 3 FAA Lebanon, NH 03756 Fax : (603) 640-1913	New London Hospital PO Box 2150 À l'attention de : Financial Counselor New London, NH 03257 Fax : (603) 643-7364	Cheshire Medical Center 580 Court Steet PFS : FAA Keene, NH 03431 Fax : (603) 643-7363	Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 Fax : (603) 640-1913	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 Fax : (603) 640-1913
--	--	--	---	---

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

Dartmouth Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-6222	Dartmouth Hitchcock Clinics Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293	Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430	New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082
Dartmouth Hitchcock Clinics Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth Hitchcock Clinics Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007	

Demande d'aide financière

1. Renseignements sur le patient

Nom de famille Prénom Initiale du deuxième prénom N° de sécurité sociale Date de naissance

Adresse Ville État Code postal Durée de séjour à l'adresse

Adresse postale Ville État Code postal

Célibataire Marié(e) Union civile
 Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (veuve)
 Citoyen(ne) américain(e) Résident(e) du NH

2. Personne responsable de régler la facture

Nom de famille Prénom Initiale du deuxième prénom N° de sécurité sociale Date de naissance

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	Demandeur					
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 relatives aux actifs du foyer

	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom de chaque membre du foyer :	_____	_____	_____
Nom de l'employeur :	_____	_____	_____
Provenance du revenu brut mensuel :			
Emploi :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Travail indépendant :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Comptes de placement :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Revenus de la location de biens immobiliers :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Chômage :	depuis le JJ / MM / AAAA	depuis le JJ / MM / AAAA	depuis le JJ / MM / AAAA
Retraite : (Sécurité sociale, pension, rente)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Prestation compensatoire/Pension alimentaire :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Aide sociale, bons alimentaires :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autre revenu :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Épargne et investissements :			
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 : _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

14. Dépenses du foyer

Loyer mensuel : _____ \$ 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 : _____ \$
Payé à : _____ Pour : _____
Partie D de Medicare déduit du chèque de la sécurité sociale : Oui Non Montant : _____ \$
Charges _____ \$ Assurance (auto/vie/habitation) _____ \$ Autre : _____ \$
Pension compensatoire/Pension alimentaire _____ \$ Prime d'assurance santé _____ \$ Autre : _____ \$
Garde d'enfants _____ \$ Frais de soins de santé _____ \$ Autre : _____ \$
Dépenses courantes (essence, nourriture, vêtements) _____ \$ Médicaments _____ \$ Autre : _____ \$

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 _____