

Cher demandeur, chère demandeuse,

Veuillez remplir ce formulaire si vous avez des difficultés à payer vos soins de santé.

Ce formulaire nous aide à déterminer si nous pouvons réduire vos frais de santé pour les services fournis dans les établissements de Dartmouth Health. Veuillez répondre à toutes les questions vous concernant et concernant votre foyer. Vos informations sont confidentielles. Elles ne seront partagées qu'avec le personnel qui traitera votre formulaire.

Si vos revenus et votre statut d'immigration vous rendent admissible à Medicaid, vous devrez en faire la demande. Nous pouvons vous aider à le faire. Si vous êtes victime d'un accident, vous devrez d'abord faire appel à toutes les autres sources de prise en charge possibles, notamment à la responsabilité civile d'un tiers.

Nous avons besoin de justificatifs concernant vos revenus et vos actifs liquides afin de déterminer si vous êtes admissible à une aide financière. Veuillez fournir les éléments suivants :

Documents requis

- **Revenus** : Une copie intégrale de votre dernière déclaration de revenu fédéral et de l'ensemble des annexes et formulaires (p. ex., 1040, 1099, etc.) Remarque : si vous n'effectuez pas de déclaration de revenus ou si elle ne reflète pas vos revenus actuels, veuillez consulter ci-dessous les autres justificatifs acceptés.
- **Actifs liquides** : Copie des deux (2) relevés bancaires ou autres relevés financiers les plus récents (p. ex., relevés de comptes d'épargne, de comptes courants, de comptes du marché monétaire, etc.) pour chacun des comptes détenus par une personne effectuant cette demande.

Documents relatifs aux revenus alternatifs

- **Si vous êtes employé(e)** : Copies des deux (2) bulletins de paie les plus récents de tous les employeurs pour chaque personne qui effectue cette demande. Si ce n'est pas possible, veuillez fournir une attestation écrite de votre employeur indiquant vos revenus.
- **Si vous êtes sans emploi** : Copie du relevé des allocations chômage, le cas échéant (p. ex., chèque, relevé bancaire, en ligne, etc.).
- **Si vous êtes travailleur indépendant** : Compte de résultat des 3 derniers mois.
- **Si vous êtes propriétaire d'un bien locatif** : Revenus locatifs – copie de l'annexe E à jour du formulaire IRS.
- **Si vous percevez des prestations d'invalidité de la sécurité sociale** : Copie du relevé ou de la lettre d'attribution des prestations d'invalidité, ou d'un justificatif tel qu'un chèque, un relevé bancaire, un relevé en ligne, etc.
- **Si vous percevez des prestations de la sécurité sociale, une pension, un revenu de retraite** : Copie de votre lettre d'attribution, talon de chèque, relevé bancaire, etc. Remarque : Il n'est pas nécessaire de fournir de justificatif concernant le Supplemental Security Income.
- **Autres types de revenus** : Si vous percevez des revenus qui ne sont pas mentionnés ici, veuillez appeler nos défenseurs des droits des patients (Patient Advocates) au 844-647-6436 afin de savoir quels justificatifs fournir.

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 00 à 16 h 30 du lundi au vendredi.**

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

Cliniques Dartmouth
Hitchcock Concord
(Dartmouth Hitchcock
Clinics Concord)
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
603-229-5080

Dartmouth Hitchcock
Clinics Manchester
100 Hitchcock Way
Manchester, NH 03104
603-629-8293

Dartmouth Hitchcock
Clinics Nashua
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
603-577-4055

Cheshire Medical Center
580 Court Street
Keene, NH 03431
603-354-5430

Alice Peck Day
Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive
Lebanon, NH 03766
603-308-0007

New London Hospital
273 County Road
New London, NH 03257
603-526-5503

Mt. Ascutney Hospital
and Health Center
298 County Road
Windsor, VT 05089
802-674-7233

Valley Regional Hospital
243 Elm Street
Claremont, NH 03743
603-543-6947

**Les demandes remplies
en bonne et due forme
doivent être renvoyées
à l'adresse ci-dessous :**

Dartmouth Hitchcock
Medical Center
One Medical Center Drive
PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
Fax : 603-640-1913

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
Adresse postale (si différente de celle fournie ci-dessus)		Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone du domicile		Numéro de téléphone du travail		
☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Union civile ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (veuve)				

2. Veuillez indiquer toutes les personnes à charge qui vivent dans votre foyer fiscal.

(Le foyer est défini comme étant composé de vous-même, de votre conjoint/partenaire domestique et de toutes les personnes à charge sur le plan fiscal.)

	Nom	Relation au patient	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Demandeur Oui/Non
1	Demandeur				
2					
3					
4					
5					
6					

3. Cette demande concerne-t-elle des actes et prestations futurs ou passés ? ☐ Futures ☐ Passées - Date(s) des prestations : _____

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

Assurance santé (Régime/nom), _____ Compte d'épargne santé ☐ 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 : _____

5. Une personne de votre foyer fiscal 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.

6. Dans votre foyer fiscal, y a-t-il une personne enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

7. Dans votre foyer fiscal, quelqu'un a-t-il servi dans l'armée ? ☐ Oui ☐ Non Qui : _____

8. Avez-vous récemment déposé une demande d'indemnisation pour un accident de travail ou un accident d'un véhicule à moteur ? ☐ Oui ☐ Non Date : _____

9. Dans votre foyer, une personne a-t-elle droit aux prestations de la sécurité sociale ? ☐ Oui ☐ Non Qui : _____

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

☐ Oui ☐ Non Qui : _____

11. Informations sur les revenus et les actifs liquides du foyer fiscal

	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)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pension compensatoire : (à partir des règlements antérieurs à 2019)	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Épargne et actifs liquides :

Soldes des comptes courants :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Soldes des comptes d'épargne et de certificats de dépôt :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autres épargnes et placements liquides :			
Précisez : _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Informations supplémentaires

Veuillez inclure toute autre information concernant votre situation financière actuelle que vous souhaiteriez nous communiquer, par exemple, des difficultés à payer vos factures, votre loyer ou vos dépenses alimentaires.

En signant ci-dessous, j'autorise à ce qu'on demande ma déclaration de revenus. 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 liquides, tout accord visant à vous accorder une remise de bienfaisance sur les soins serait nul et non avenu 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