

DEMANDE DE SÉLECTION POUR L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

Nom du patient _____ Situation matrimoniale _____

Adresse complète _____ Téléphone _____

N° de Sécurité Sociale _____ Numéro de compte(s) _____

Date(s) du service _____

- Vous devez faire votre demande sous six mois à compter de la date du service ou de la date de la première facture de l'assistance financière hospitalière du Diley Ridge.

Étiez-vous résident(e) de l'Ohio à la date du service ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Étiez-vous le bénéficiaire actif de prestations d'invalidité à la date du service ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous actuellement résident(e) de l'Ohio ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pouviez-vous prétendre à bénéficier de Medicaid, Medicaid with a Spend Down, Caresource ou Molina à la date du service ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Résidez-vous en Ohio dans le seul but de recevoir des soins de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Étiez-vous couvert(e) par une autre assurance à la date du service ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une autre entité est-elle ou sera-t-elle responsable/poursuivie pour cette créance ? Dans l'affirmative , nom _____ N° de téléphone _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	**Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez envoyer des copies de vos cartes d'assurance ou tout autre justificatif de couverture, afin que nous puissions leur envoyer les factures nécessaires.	

Indiquez uniquement votre conjoint(e) ou vos enfants naturels ou adoptifs qui ont moins de 18 ans et qui résident chez vous ou en dehors de votre domicile.

Nom	Âge	Résidant au domicile	Lien de parenté
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Si le patient est mineur, veuillez préciser le revenu du père et de la mère à la place du patient et du conjoint (de la conjointe).

REVENU BRUT (avant impôt)	PATIENT/MÈRE	CONJOINT(E)/PÈRE
Revenu TOTAL des trois mois avant le service.	USD	USD
Revenu TOTAL des 12 mois avant le service.	USD	USD
Quel sera votre revenu TOTAL prévisionnel d'ici la fin du mois en cours ?	USD	USD
Précisez les quelconques autres revenus mensuels et leur source .	USD	USD
Si le revenu déclaré est de « 0 USD », veuillez fournir une explication brève de la manière dont vous subvenez à vos besoins courants.		

DÉPENSES		
Loyer/prêt immobilier	USD	USD
Factures médicales/ordonnances	USD	USD

ACTIF		
Propriétaire de votre résidence principale ou d'un autre bien immobilier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Valeur : USD
Comptes bancaires/soldes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Valeur : USD

Je déclare avoir vérifié les renseignements fournis ci-dessus et qu'à ma connaissance, ils sont exacts et sont soumis à confirmation de la part de Diley Ridge Medical Center. Je confirme qu'il se peut qu'on me demande de fournir des justificatifs de mes revenus et/ou actifs à joindre à cette demande. Dans le cadre du programme d'assistance hospitalière, j'autorise Diley Ridge Medical Center à accéder à mon ou mes rapports d'un bureau de crédit pour confirmer ces renseignements. Je sais également que si les renseignements s'avèrent être faux, je serai responsable du paiement des services. Veuillez joindre une lettre expliquant de quelconques circonstances extraordinaires.

Signature _____

Date _____