

ORTHOINDY HOSPITAL

Date :

Madame/Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un « État financier personnel » qui servira à déterminer si vous pouvez bénéficier d'une aide financière. Pour que votre demande d'aide soit traitée, vous devez remplir et signer le formulaire complet et envoyer des copies des documents suivants dans un délai de quinze (15) jours calendaires :

- toutes les sources de revenus pour les trois derniers mois ;
- les copies des derniers bulletins de salaire des trois derniers mois des membres responsables du ménage. Cela inclut les pensions d'invalidité ;
- les relevés de tous les comptes bancaires, certificats de dépôt, actions, obligations, biens immobiliers, 401(K), etc. ;
- les formulaires de déclaration de revenus fédéraux et d'État les plus récents, y compris les formulaires W2 et les annexes C, D, E et F. Si vous n'avez pas rempli de formulaire fiscal, nous avons besoin d'une déclaration de l'IRS indiquant que vous n'avez pas rempli de formulaire fiscal. Vous pouvez obtenir ces informations en appelant l'IRS au **800.829.1040** ;
- Si vous êtes sans emploi, nous pouvons également accepter une déclaration de l'agence pour l'emploi indiquant que vous ne travaillez pas et depuis combien de temps ;
- les cartes d'assurance maladie.

Il est important que vous renvoyiez tous les documents susmentionnés, y compris l'état financier personnel dûment rempli et signé. Votre demande ne peut être traitée sans les informations ci-dessus et vous serez soumis à la politique financière de l'hôpital OrthoIndy. **Votre signature est nécessaire pour obtenir le rapport de crédit.**

Si vous avez des questions ou des difficultés à obtenir les informations nécessaires, veuillez contacter notre responsable des services financiers aux patients au **317.773.4225**.

Cordialement,
Services financiers aux patients

Numéro de compte du patient : _____ À renvoyer avant le : _____

La situation financière personnelle **doit** être remplie et renvoyée dans l'enveloppe préaffranchie dans un délai de 10 jours ouvrables. **Vous devrez joindre vos bulletins de salaire des trois derniers mois et/ou une attestation de la sécurité sociale, ainsi que votre déclaration de revenus de l'année en cours afin de justifier vos revenus.**

Si la situation financière personnelle n'est pas complète et/ou si les informations demandées ne sont pas fournies, l'aide ne sera pas prise en considération.

Informations relatives au patient

Nom du patient : _____ Numéro de compte : _____
 Nom du garant : _____ Numéro de téléphone : _____
 Adresse : _____ ☐ Locataire ☐ Propriétaire _____
 Numéro de sécurité sociale : _____
 Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf/veuve Nombre de personnes à charge : _____
 Personne à charge : _____ Âge : _____ Personne à charge : _____ Âge : _____
 Personne à charge : _____ Âge : _____ Personne à charge : _____ Âge : _____
 Personne à charge : _____ Âge : _____ Personne à charge : _____ Âge : _____

Emploi

Employeur du garant : _____ Années d'ancienneté : _____
 Adresse : _____
 Salaire : _____ Par : ☐ Semaine ☐ Mois ☐ An Intitulé du poste : _____
 Employeur du garant : _____ Années d'ancienneté : _____
 Adresse : _____
 Salaire : _____ Par : ☐ Semaine ☐ Mois ☐ An Intitulé du poste : _____
 Employeur du conjoint : _____ Années d'ancienneté : _____
 Adresse : _____
 Salaire : _____ Par : ☐ Semaine ☐ Mois ☐ An Intitulé du poste : _____

Autres revenus mensuels (cochez les cases correspondantes) :

☐ SSI : _____ \$ ☐ Retraite : _____ \$
☐ ADC : _____ \$ ☐ Pension alimentaire : _____ \$
☐ Chômage : _____ \$ ☐ Prestations VA : _____ \$
☐ Autre : _____ \$ Coupons alimentaires : ☐ Oui ☐ Non

Informations relatives à l'assurance

Avez-vous une assurance pour payer les frais d'hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non
 Avez-vous fait une demande d'aide Medicaid ? ☐ Oui ☐ Non Approuvée ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Rejetée
 Nom du responsable du dossier : _____ Numéro de téléphone : _____
 Nom de l'assurance principale : _____ Numéro de la police : _____
 Nom du titulaire de la police : _____ Date d'entrée en vigueur : ____ / ____ / ____
 Nom de l'assurance secondaire : _____ Numéro de la police : _____
 Nom du titulaire de la police : _____ Date d'entrée en vigueur : ____ / ____ / ____

Numéro de compte du patient : _____ À renvoyer avant le : _____

Actifs

Numéro de compte courant : _____ Banque : _____ Solde : _____

Adresse : _____

Numéro de compte d'épargne : _____ Banque : _____ Solde : _____

Adresse : _____

Autres actifs

Cochez les cases correspondantes : ☐ CD ☐ Obligations d'épargne ☐ Actions ☐ Fonds fiduciaires ☐ Autres

Établissement financier : _____ Valeur totale : _____

Établissement financier : _____ Valeur totale : _____

Établissement financier : _____ Valeur totale : _____

Immobilier/Maison

Valeur estimée de la maison : _____ Solde hypothécaire : _____

(Le montant que vous espérez obtenir de la vente de votre maison.)

Je certifie par la présente que les réponses fournies aux questions ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes et véridiques.

Signature

_____/_____/_____
Date

Des informations supplémentaires peuvent être indiquées ci-dessous et sur des pages supplémentaires, si nécessaire.

Si vous avez des questions concernant les informations demandées, veuillez appeler le **317.773.4225**.

Par la présente, j'autorise l'hôpital OrthoIndy à obtenir un rapport de solvabilité sur moi-même et mon conjoint :

Signature

_____/_____/_____
Date

Signature et toutes les informations requises pour traiter la demande.