Intermountain Health

Demande d'aide financière pour les établissements situés en Utah, Idaho et Nevada

Renvoyer les informations à :
COURRIER : Aide financière
PO Box 27327
Salt Lake City, Utah 84127
FAX : 385-381-2890
COURRIEL : financial.assistance@r1rcm.com

Instructions pour remplir ce formulaire :
Veuillez remplir ce formulaire dans son intégralité et renvoyer tous les documents requis à l'établissement Intermountain dans lequel vous avez été soigné ou avec l'une des méthodes de contact indiquées ci-dessus afin que votre demande soit traitée. Vous pouvez également soumettre votre demande en ligne via MyChart. Aucune aide financière ne sera accordée aux personnes qui n'auront pas terminé le processus de demande.

Veuillez fournir les documents suivants :

1. **Demande d'aide financière : dûment remplie, signée et datée.**
2. **Vérification du revenu actuel du foyer indiquée ci-dessous.**

Numéro de compte _____ **Taille actuelle du foyer** _____ **Êtes-vous sans domicile ? Oui____ Non_____** **Dans quel État habitez-vous ?** _____

Prénom et nom de famille_____ **N° de la sécurité sociale**_____ **Date de naissance**_____

État civil :_____ Courriel : _____N° téléphone _____ Adresse_____

_____Ville/Comté_____État _____Code postal_____Employeur_____ N° téléphone professionnel _____

_____

Depuis combien de temps êtes-vous employé par cet employeur ? _____Années_____Mois

Périodicité de la paie (veuillez l'indiquer) Hebdomadaire_____Toutes les deux semaines__Deux fois par mois___ Mensuelle__

Depuis combien de temps vivez-vous à cette adresse ?_____Années____Mois Si ***moins de trois mois***, veuillez indiquer l'adresse précédente :

Adresse	Ville	État	Code postal	Depuis (mois/année)	À (mois/année)

Nom de l'époux/épouse_____ **N° de la sécurité sociale de l'époux/épouse**_____ **Date de naissance de l'époux/épouse**_____

N° téléphone fixe de l'époux/épouse_____N° téléphone portable de l'époux/épouse_____

Nom de l'employeur de l'époux/épouse_____N° téléphone professionnel_____

Depuis combien de temps êtes-vous employé par cet employeur ?_____Années_____Mois

Périodicité de la paie (veuillez l'indiquer) Hebdomadaire_____Toutes les deux semaines__Deux fois par mois___ Mensuelle__

Membres du foyer/personnes à charge supplémentaires. Ajoutez <u>un enfant</u> à naître, le cas échéant. Veuillez ajouter toute personne à charge supplémentaire sur un formulaire séparé. (Les membres du foyer doivent correspondre au nombre indiqué dans la question sur la taille du foyer ci-dessus)

Nom et prénom	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale	Lien de parenté

Revenu mensuel actuel brute du foyer

Type	Montant du patient	Montant de l'époux/ épouse	Autre adulte Membres du foyer	Type de revenu vérification requise
Revenu de l'emploi (brut)	$	$	$	*Copie du dernier bulletin de paie _ d'une lettre de votre(vos) employeur(s) indiquant le revenu brut du mois dernier ou du mois en cours*
Revenu du travail indépendant (brut)	$	$	$	*Relevé des pertes et profits ou des registres comptables du mois précédent ou du mois en cours. Déclaration d'impôts actuelle, le cas échéant.*
Pension, retraite, allocation de la sécurité sociale	$	$	$	*Copie de la ou des lettres les plus récentes d'attribution des versements de pension, des versements des comptes de retraite, etc. affichant le revenu mensuel.*
Chômage, allocation d'invalidité, etc.	$	$	$	*Copie de la ou des lettres d'attribution les plus récentes*
Autre *(Veuillez indiquer la (les) source(s))* ____ _____	$	$	$	*Ex : Pourboires, primes et commissions*

Questions supplémentaires : Répondre à ces questions permet de garantir que le traitement de votre demande ne sera pas retardé par la nécessité d'obtenir des informations complémentaires.	**Oui**	**Non**
Est-ce que vous ou un membre de votre foyer bénéficiez d'allocations publiques ? (par exemple, bons alimentaires, WIC ou repas gratuits ou à prix réduit)	•	•
Recevez-vous actuellement ou prévoyez-vous de recevoir des soins dans un centre de cancérologie d'Intermountain Health ?	•	•
Est-ce que vous ou un membre de votre foyer avez actuellement une assurance maladie ?	• Si oui, veuillez indiquer le nom de votre compagnie d'assurance _____ _____	•
Est-ce que vous ou l'un des membres actuels de votre foyer avez fait une demande d'assurance Medicaid, Medicare, CHIP ou CHP+ ? *Si oui et si la demande a été refusée, veuillez fournir la lettre de refus.*	• Si oui, veuillez indiquer la date à laquelle vous avez fait la demande._	•
Est-ce que l'une de vos factures médicales de l'un de nos établissements est liée à un accident de voiture ou de travail ?	• Si oui, veuillez indiquer la compagnie d'assurance._____	•
Êtes-vous inscrit à un régime Medical Healthshare ou à un régime de partage des coûts ?	• Si oui, veuillez fournir une explication du partage (EOS) _____	•

Y a-t-il une personne actuellement enceinte dans votre foyer ?	☐ Qui est enceinte dans votre foyer ? _____ Date d'accouchement prévue ? _____	•

Nous demandons aux patients qui demandent une aide financière de rechercher également d'autres financements. Veuillez cocher « Oui » ou « Non ».

- **Votre employeur vous rembourse-t-il les frais de franchise ou de soins de santé ? ___ Oui ___ Non**
- **Avez-vous fait une demande pour d'autres programmes d'aide de l'État tels que Crime Victims ? ___ Oui ___ Non**

Si nécessaire, utilisez l'espace ci-dessous pour expliquer de manière plus détaillée la raison pour laquelle vous demandez une aide financière. Vous pouvez joindre une feuille séparée si vous avez besoin de plus d'espace. Une vérification supplémentaire peut être nécessaire.

_____

_____

_____

_____

Je déclare par la présente que les informations fournies dans ce document sont, à ma connaissance, véridiques et exactes. Je comprends que si je fournis des informations trompeuses ou fausses afin d'obtenir une aide financière auprès d'Intermountain Health, la demande sera refusée et cela pourra avoir une incidence sur les futures demandes d'aide. Je comprends qu'Intermountain Health exige une vérification des revenus avant de prendre une décision.

Signature du demandeur/de la demanderesse_____ Date_____

Liste de contrôle de toutes les informations requises pour terminer le processus de demande :

- Demande d'aide financière dûment remplie, signée et datée.
- Vérification des revenus du foyer.

Intermountain Health

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

We provide language assistance and appropriate auxiliary aids and services free of charge. Please see staff for assistance.

Arabic	المساعدة على للحصول الفريق مراجعة يُرجى .مجانًا المناسبة الإضافية والخدمات والمساعدات اللغوية المساعدة نقدم	العربية
Chinese	我们免费提供语言协助和适当的辅助工具及服务。如需帮助，请咨询工作人员。	中文
French	Nous fournissons gratuitement une assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés. Consultez le personnel pour obtenir de l'aide.	français
German	Wir bieten sprachliche Unterstützung und angemessene zusätzliche Hilfen und Dienstleistungen kostenlos an. Bitte wenden Sie sich an unser Personal, um Unterstützung zu erhalten.	Deutsch
Hindi	हम भाषा सहायता और उपयुक्त सहायक उपकरण व सेवाएं ननिः शुल्क प्रदान करते हैं। सहायता के निए स्टाफ से नमिें।	नहन्दी
Italian	Forniamo supporto linguistico, ausili e servizi pertinenti gratuiti. Per assistenza, rivolgersi al personale.	italiano
Japanese	言語サポート、および適切な補助やサービスを無償でお届けします。対応スタッフをご確認ください。	日本語
Korean	저희는 언어 지원 서비스와 적절한 보조 장비 및 서비스를 무료로 제공합니다. 도움이 필요하면 직원에게 문의하십시오.	한국어
Portuguese	Fornecemos assistência linguística e auxílios e serviços auxiliares apropriados gratuitamente. Consulte a equipe para obter assistência.	português
Russian	Мы предоставляем языковую поддержку, а также необходимые вспомогательные средства и услуги бесплатно. Обратитесь за помощью к персоналу.	Русский
Somali	Waxa aanu bixinaa kaalmo luuqadeed iyo kaalmada maqalka ee haboon iyo adeegyo bilaash ah, U tag shaqaalaha wixii kaalmo ah.	Soomaali
Spanish	Ofrecemos asistencia lingüística, así como también ayuda y servicios auxiliares adecuados, de forma gratuita. Consulte al personal para obtener ayuda.	español
Tagalog	Naghahatid kami ng tulong sa wika at ng naaangkop na mga kasamang tulong at serbisyo nang libre. Makipag-ugnayan sa mga kawani para sa tulong.	Tagalog
Tongan	ʻOku mau fakahoko ʻa e tokoni ʻi he leá mo vahevahe ʻo ʻikai ha totongi ʻa e ngaahi naunau mo e sēvesi tokoni ki ha faingataʻaʻia fakaefetuʻutaki. Sio ki ha taha ngāue ke tokoni atu.	faka-Tonga
Vietnamese	Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cùng với các dịch vụ và trợ giúp bổ sung phù hợp miễn phí. Vui lòng đến gặp nhân viên để được hỗ trợ.	tiếng Việt