Intermountain Health

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

Renvoyer les informations à :
COURRIER : : Financial Assistance
PO Box 27327
Salt Lake City, Utah 84127
FAX : 303-272-0931
E-MAIL : 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**_____ **Êtes-vous résident du Colorado ?** **Oui**____ **Non**_____

Prénom et Nom de famille_____ **Numéro de sécurité sociale**_____ **Date de naissance**_____

État civil :_____ E-mail : _____Nº téléphone fixe_____Nº téléphone portable _____

Adresse_____Ville_____État _____Code postal_____

Nom de l'employeur_____ Nº 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 :

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

Époux/épouse Nom _____ **Numéro de sécurité sociale de l'époux/épouse**_____ **Date de naissance de l'époux/épouse**_____

Nº téléphone fixe de l'époux/épouse_____Nº téléphone portable de l'époux/épouse_____

Nom de l'employeur de l'époux/épouse_____Nº 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. Veuillez ajouter toute personne à charge supplémentaire sur un formulaire séparé.

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

Revenu mensuel actuel du foyer

Type	Montant du patient	Montant de l'époux/épouse	Autre adulte Membre(s) de la famille	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 (des) lettre(s) d'attribution actuelle(s), des versements de pension, des versements des comptes de retraite, etc. affichant le revenu mensuel.*
Chômage, allocation d'invalidité, etc.	$	$	$	*Copie de la (des) lettre(s) d'attribution actuelle(s)*
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)	☐	☐
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 ? _____	☐
Résidents du Colorado uniquement :		
Fournissez-vous un soutien financier de 50 % ou plus à une personne vivant en dehors de votre foyer qui souhaiterait être incluse dans le calcul de la taille de votre foyer (la personne peut vivre en dehors de l'État/du pays) ?	☐	☐

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

Est-ce que l'une de vos factures médicales est liée à un accident de voiture ou de travail? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez la compagnie d'assurance : _____

Êtes-vous inscrit à un régime médical Healthshare ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez fournir une explication du partage (EOS)

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 - passez à la case ci-dessus

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.