

Demande d'aide financière pour les établissements du Colorado et du Montana

Instructions pour remplir ce formulaire :

Veillez 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.

Veillez 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 : _____ N° téléphone fixe _____ N° téléphone portable _____

Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Nom de l'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 :

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 _____
-------------------------------	---	--

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. 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)	\$	\$	\$	<i>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</i>
Revenu du travail indépendant (brut)	\$	\$	\$	<i>Relevé des pertes et profits ou des registres comptables du mois précédent ou du mois en cours. Déclaration d'impôts actuelle, le cas échéant.</i>

Pension, retraite, allocation de la sécurité sociale	\$	\$	\$	Copie de la (des) lettre(s) d'attribution <u>actuelle(s)</u> , 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 <u>actuelle(s)</u>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous ou un membre de votre foyer avez actuellement une assurance maladie ?	<input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer le nom de votre compagnie d'assurance _____	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous ou l'un des membres actuels de votre foyer avez fait une demande d'assurance Medicaid, Medicare, CHIP ou CHP+ ? <i>Si oui et si la demande a été refusée, veuillez fournir la lettre de refus.</i>	<input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer la date à laquelle vous avez fait la demande. _____	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer la compagnie d'assurance. _____	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inscrit à un régime Medical Healthshare ou à un régime de partage des coûts ?	<input type="checkbox"/> Si oui, veuillez fournir une explication du partage (EOS) _____	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il une personne actuellement enceinte dans votre foyer ?	<input type="checkbox"/> Qui est enceinte dans votre foyer ? _____ Date d'accouchement prévue ? _____	<input type="checkbox"/>
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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Votre employeur vous rembourse-t-il les frais de franchise ou de soins de santé ?

Oui (EOS) 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.