

Formulaire de demande d'aide financière

SECTION 1 : INFORMATIONS DU PATIENT

Imprimez votre nom complet, votre adresse au moment où vous avez reçu un service médical et d'autres informations notées dans cette section.

Numéro de compte _____ Date (s) du service : _____

Nom du patient : _____

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

INITIALE PRÉNOM :

Adresse : _____ Ville : _____ Comté : _____

Province de résidence : Code postal : _____ Date de naissance : ___/___/___

État civil : Célibataire Marié Divorcé

Numéro de téléphone principal : (_____) _____ Domicile Mobile Travail Autre : _____

Adresse de courriel : _____

Assurance maladie à la date de la prestation : Sans assurance Medicare Medicaid Autre : _____

SECTION 2 : REVENU FAMILIAL ET ACTIFS

Fournissez un revenu pour vous-même, votre conjoint et tous les autres membres de la famille (le cas échéant).

Source du revenu	Total pour 3 mois avant la prestation	Total pour 12 mois avant la prestation
Salaires / Travail indépendant	\$ _____	\$ _____
Sécurité sociale	\$ _____	\$ _____
Pension, dividendes, intérêts, revenus de location	\$ _____	\$ _____
Chômage, indemnisation d'accidents du travail	\$ _____	\$ _____
Pension alimentaire pour enfant (uniquement si le patient est le destinataire prévu)	\$ _____	\$ _____
Autre	\$ _____	\$ _____

Total net des actifs (actif - dette) à la date d'application : \$ _____ \$ _____

SECTION 3 : INFORMATION ET REVENUS DE LA FAMILLE

Liste de tous les membres de famille de votre ménage et leur date de naissance.

Veuillez fournir les informations suivantes pour toutes les personnes de votre famille immédiate qui vivent dans votre maison. Aux fins de HCAP, la famille est définie comme le patient, le conjoint du patient et tous les enfants du patient de moins de 18 ans (naturels ou adoptifs) qui vivent au domicile du patient. Si le patient a moins de 18 ans, la famille comprendra le patient, le (s) parent (s) naturel ou adoptif du patient et le (s) parent (s) enfants de moins de 18 ans (naturels ou adoptifs) qui vivent au domicile du patient.

Nom des membres de la famille, y compris du patient	Date de Naissance	Lien de parenté avec le patient
1. Patient : _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

Par ma signature ci-dessous, je certifie que tout ce que j'ai déclaré sur cette demande et sur les pièces jointes est vrai.

Signature de la partie responsable : x _____ Date : _____

Par ma signature ci-dessous, je certifie que j'ai vérifié et approuvé cette application.

Signature du PDG de l'hôpital : x _____ Date : _____

Veuillez envoyer la demande remplie à : [Helen M. Simpson Rehabilitation Hospital](#)