

DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE AUPRÈS DE UNIVERSITY HOSPITALS

Si vous pensez que vous pourriez bénéficier d'une assistance financière, remplissez dûment ce formulaire de demande. Vous devez impérativement remplir entièrement le formulaire et le signer pour que votre demande puisse être étudiée.

Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant cette demande, ou si vous avez besoin d'aide pour la remplir, veuillez nous appeler au (866) 771 7266 ou vous présenter en personne dans n'importe quel établissement UH.

Nom du/de la patient(e) : _____ Date de naissance du/de la patient(e) : _____ Date du service : _____
 Adresse : _____ État civil : _____ N° de compte : _____
 Ville : _____ N° de téléphone : _____ Établissement fréquenté : _____
 État : _____ Code postal : _____

Résidez-vous dans l'Ohio à la date du service ? Oui Non

Avez-vous une assurance maladie qui couvre ces services ? Oui Non

Dans l'affirmative, donnez-en les détails ci-dessous et joignez un exemplaire de votre carte d'assurance maladie.

Nom de la société d'assurance : _____

N° de police _____ N° de groupe : _____

Pouvez-vous bénéficier de COBRA ? Oui Non

Bénéficiez-vous des prestations Medicaid ? Oui Non

Si oui, saisissez le n° de facturation _____ et joignez un exemplaire de votre carte Medicaid.

Avez-vous un Accord de remboursement de frais de santé

Compte d'épargne santé

Compte gestion santé

Veillez mentionner tous les membres du foyer ci-dessous. Incluez les parents, conjoints (qu'ils vivent ou pas dans le foyer) et les enfants (naturels ou adoptifs) de moins de 18 ans qui vivent avec le patient. Joignez des pièces justificatives des revenus, telles que des fiches de paie, des prestations de sécurité sociale, des indemnités des salariés, des déclarations fiscales ou appelez un conseiller financier de UH pour discuter d'autres pièces justificatives pouvant permettre de démontrer votre admissibilité.

Membres de la famille du/de la patient(e)	Âge	Lien de parenté avec le/la patient(e)	Source de revenus ou nom de l'employeur	Revenus des trois mois précédant la date du service	Revenus des 12 mois précédant la date du service
Patient(e) -		moi-même			
2.					
3.					
4.					
5.					

Si vous avez déclaré un revenu de 0,00 \$ ci-dessus, veuillez fournir une explication brève de la manière dont vous (ou le/la patient[e]) êtes parvenu(e) à survivre financièrement pendant la période citée ci-dessus.

J'ai également des factures des établissements UH suivants : CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

En signant ci-dessous, j'atteste qu'à ma connaissance, les réponses données sur cette demande sont véridiques. Je comprends qu'il est illégal de soumettre sciemment de fausses informations pour obtenir des prestations gouvernementales. Je comprends également que d'autres parties pourront se servir des informations que j'ai fournies dans le présent formulaire. Je les autorise à les utiliser.

Signature de la partie responsable : X _____

Date : _____

Signature du/de la représentant(e) de UH : X _____

Date : _____

FOR OFFICE USE ONLY: #in HH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB M

Medical Record No: _____ Date Completed: _____

University Hospitals

DÉPENSES ENGAGÉES POUR DES FRAIS MÉDICAUX NÉCESSAIRES AU COURS DE L'ANNÉE CIVILE PRÉCÉDENTE

Le présent formulaire est utilisé pour identifier les dépenses engagées pour des frais médicaux nécessaires, afin de permettre de déterminer si vous pouvez bénéficier d'une assistance financière complémentaire dans le cadre de la Politique d'assistance financière d'UH.

VOUS NE DEVEZ REMPLIR CE FORMULAIRE QUE SI VOUS ÊTES UN(E) PATIENT(E) ASSURÉ(E) OU SI VOUS N'ÊTES PAS ASSURÉ(E) ET QUE VOS REVENUS SONT SUPÉRIEURS À 250 % DU SEUIL FIXÉ PAR LES LIGNES DIRECTRICES FÉDÉRALES SUR LA PAUVRETÉ.

Indiquez tous les services hospitaliers, médicaux et pharmaceutiques envers lesquels vous êtes responsable au cours de l'année civile précédente. Veuillez noter que vous devez donner des explications des prestations des assurances pour toutes les dépenses.

<u>PRESTATAIRE DE SERVICES</u>	<u>DATE DU SERVICE</u>	<u>MONTANT À RÉGLER PAR LE/LA PATIENT(E)</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

MONTANT TOTAL À RÉGLER PAR LE/LA PATIENT(E) CETTE ANNÉE CIVILE _____

Si vous avez des questions sur la manière de remplir cette demande, appelez-nous au (866) 771 7266.

Veillez envoyer votre demande dûment remplie à University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122.

FOR OFFICE USE ONLY: FPL _____ 10 15 20 25 NOT QUALIFIED **Date Completed:** _____