

VEUILLEZ SAISIR LE OU LES NUMÉROS DE COMPTE INDIQUÉS DANS VOTRE OU VOS DÉCLARATIONS :	NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL (MEDICAL RECORD NUMBER OU MRN) :
--	---

DÉMOGRAPHIE DU PATIENT		
Nom du patient (nom de famille, prénom, deuxième nom)	Numéro de sécurité sociale/assurance sociale	Date de naissance (mois/date/année)
Adresse résidentielle du patient (rue, ville, état/province, code postal/zip)		Comté
Numéro de téléphone du patient	État matrimonial <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf/veuve	Nom du conjoint

EMPLOI **Pour les demandes concernant des patients d'âge mineur, le revenu total du ménage est exigé**

EMPLOI DU PATIENT OU DE LA PARTIE RESPONSABLE <i>Si le patient est un mineur : emploi de la mère, du tuteur ou du beau-parent</i>	EMPLOI DU CONJOINT OU D'UNE AUTRE PARTIE RESPONSABLE <i>Si le patient est un mineur : emploi du père, du tuteur ou du beau-parent</i>
État de l'emploi <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Sans emploi - <i>Veillez inclure le nom et le numéro de téléphone de l'employeur précédent.</i>	État de l'emploi <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Sans emploi - <i>Veillez inclure le nom et le numéro de téléphone de l'employeur précédent.</i>
Employeur	Employeur
Employeur Numéro de téléphone	Employeur Numéro de téléphone
Heures travaillées Par semaine _____	Fréquence <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Chaque année
Fréquence <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel	Heures travaillées Par semaine _____
Fréquence <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel	Fréquence <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel
Revenu gagné _____ \$	Revenu gagné _____ \$
Revenu supplémentaire _____ \$	Revenu supplémentaire _____ \$

Revenu total du ménage du patient : _____ \$ (Total de tous les revenus indiqués ci-dessus)

Vérification du revenu : Veillez fournir la vérification (envoyer seulement des copies, aucun document original) pour toutes les sources de revenus du ménage.	<input type="checkbox"/> Transfert du chèque de paie <input type="checkbox"/> Vérification de l'employeur <input type="checkbox"/> Enquête sur le crédit (complétée par BSWH) <input type="checkbox"/> Formulaire W-2 de l'IRS <input type="checkbox"/> Déclaration de revenus <input type="checkbox"/> Aide gouvernementale (bons alimentaires, SADC, Medicaid, TANF)	<input type="checkbox"/> Relevés bancaires <input type="checkbox"/> Lettres de l'assurance sociale, sur l'indemnisation des accidentés du travail ou de détermination d'allocation de chômage <input type="checkbox"/> Autre : _____
---	---	--

Si vous ne pouvez fournir aucune des sources de documentation de revenus indiquées ci-dessus, veuillez expliquer la raison pour laquelle ces informations ne sont pas disponibles :

MEMBRES DE LA FAMILLE : Veuillez fournir le nombre total de personnes dans le ménage du patient. Ce nombre doit inclure le patient, le conjoint du patient et les personnes à charge du patient.

ACTIFS ET AUTRES RESSOURCES

Avez-vous des actifs ou d'autres ressources qui vous sont disponibles? (cela peut inclure par exemple des comptes d'épargne, des fiducies, des actions en bourse, des obligations, des comptes de retraite, des fonds communs de placement, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le montant actuel disponible : _____ \$	Avez-vous une assurance médicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez indiquer le nom de l'assurance : _____	Avez-vous un compte d'épargne santé ou un compte d'épargne souple? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le montant actuel disponible : _____ \$
---	---	--

Il est entendu que Baylor Scott & White Health (« BSWH ») peut vérifier les informations financières indiquées dans cette demande d'aide financière (« demande ») dans le cadre de son évaluation de cette demande et, en signant, par la présente j'autorise mon employeur ou toute personne indiquée dans cette demande à certifier ou à fournir des détails supplémentaires sur les informations fournies dans cette demande. J'autorise également BSWH à demander les rapports provenant de sociétés effectuant des enquêtes sur la solvabilité, et le rapport de la Social Security Administration (Administration de la sécurité sociale). Je certifie que les déclarations faites dans cette demande sont véridiques et exactes autant que je sache et ont été produites de bonne foi. Je suis conscient que la falsification ou la déclaration inexacte des informations dans cette demande peut entraîner un refus d'aide financière. Il est également entendu que certains médecins et fournisseurs de soins pourraient ne pas être des employés de BSWH. Il est entendu que je peux recevoir des factures distinctes de ces fournisseurs et que cette demande d'aide financière ne s'appliquera pas à ces soldes dus.

Signature du patient ou de la partie responsable	Nom en lettres moulées	Date
--	------------------------	------

FOR HOSPITAL USE ONLY

<input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required. Signature of BSWH Employee / BSWH Rep : _____ Date : _____	<input type="checkbox"/> Patient is part of community care programs Name of Program : _____
--	--