

Demande d'aide financière

INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR

Tous les champs doivent être remplis

Date du service (passé ou futur): _____ Établissement : _____

Nom complet du patient : _____ Numéro de sécurité sociale : _____

Date de naissance : _____ Adresse physique : _____

Ville : _____ Département : _____ Code postal : _____

Adresse postale : _____ Numéro de dossier médical : _____

Numéro de téléphone : _____ Nom de la personne qui dépose la demande : _____

Lien de parenté avec le patient : _____

Membres du foyer, par nom légal, y compris vous-même (garant)

Nom (Nom de famille, prénom, second prénom)	Date de naissance	Âge	Lien	Profession	Numéro de sécurité sociale	Revenu annuel
						\$
						\$
						\$
						\$
TOTAL						\$

Sources de revenus (si zéro, indiquez zéro dans la case)

Revenus	\$
Sécurité sociale	\$
Autres revenus/Pensions alimentaires/ Placements/Retraite	\$
Revenu total	\$
Solde 401K	\$
Montant de l'hypothèque	\$
Montant du loyer	\$
Solde du compte d'épargne	\$
Modifier la vérification des soins de santé	
Si vous n'avez pas de revenu, comment subvenez-vous à vos besoins ?	Veuillez préciser, ci-dessous :

Autres questions liées aux prestations

Le patient a-t-il une assurance maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient est-il traité pour des blessures couvertes par une responsabilité civile, telle qu'une compagnie d'assurance automobile ou une indemnisation des accidents du travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient a-t-il Medicaid ? – Si oui, allez à la page 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient a-t-il demandé Medicaid ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un titre d'invalidité délivré par la sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous plus de 65 ans ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous 19 ans ou moins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous titulaire de l'autorité parentale et demandeur d'emploi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Demande d'aide financière

Déclaration : je certifie que les informations fournies sont, à ma connaissance, réelles et exactes. Je comprends que les informations que je transmets font l'objet d'une vérification, y compris d'une notation des agences de crédit, et d'un examen par les agences fédérales et/ou étatiques et autres, le cas échéant. J'autorise mon employeur à remettre au Piedmont Healthcare la preuve de mes revenus. Je comprends que si une information que j'ai donnée s'avère fautive, Piedmont Healthcare réévaluera ma situation financière et prendra les mesures qui s'imposent.

J'accepte en outre de faire une demande d'assistance (par exemple Medicare, Medicaid, Aide de l'État (pour le Cancer), Réadaptation professionnelle, Assurance, etc.) qui pourrait couvrir le paiement de mes frais de compte Piedmont Healthcare. Je coopérerai pleinement avec Change Healthcare, le processeur d'éligibilité Medicaid de Piedmont Healthcare, en mettant en œuvre toutes les mesures jugées nécessaires pour obtenir ladite assistance et attribuerai ou paierai à Piedmont Healthcare le montant recouvré pour les frais de Piedmont Healthcare. Une demande complète de programme d'aide financière par garant.

Signature du demandeur

Nom du demandeur (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Date

Heure

Signature du témoin

Nom du témoin (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Date

Heure

Des documents à l'appui de votre demande sont requis afin de traiter la demande. Le fait de ne pas fournir ces renseignements peut entraîner le rejet de votre demande. Dans ce cas, vous n'aurez pas la possibilité de faire appel de la décision de refus. Vous avez la possibilité de contacter le service de l'aide financière si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir la demande :

Exigences en termes de documentation

- Pièce d'identité avec photo Formulaires acceptables (pièces d'identité officielles uniquement) :
 - Permis de conduire valide délivré par l'État (les documents non valides ou expirés sont autorisés dans certaines circonstances)
 - Carte d'identité nationale
 - Passeport
 - Identifiant militaire
 - Toute pièce d'identité consulaire ou scolaire avec photo
 - Visa ou carte de résident étranger (le cas échéant)
 - Documents non acceptés : carte Costco, selfie ou photo de Noël/de carte de vœux
- Preuve de résidence - Les documents prouvant la résidence ne doivent pas avoir plus de 30 jours et doivent être au nom du patient. Documents acceptés :
 - Contrat de bail - peut être utilisé s'il est encore valable et si tous les autres documents contiennent la même adresse
 - Certificat de bons alimentaires
 - Factures de services publics - avec adresse physique
 - Autres documents commerciaux qui confirment votre lieu de résidence, tels que les relevés de carte de crédit, déclaration d'impôts, courriers Medicaid, courriers de l'établissement scolaire, relevés bancaires, relevés hypothécaires
 - Remarque : Une boîte postale ne constitue pas une preuve de résidence.
- Preuve de revenu
 - Si employé : documents requis - Trois derniers bulletins de salaire (patient et conjoint/partenaire)
OU
 - Si chômeur : documents requis - Demande de chômage ou lettre d'allocation de chômage, et copies des derniers relevés bancaires de trois mois Vérification et épargne – Tous les comptes
OU
 - Si travailleur indépendant : documents requis - copies des relevés bancaires récents de trois mois des comptes chèques/épargne personnels et professionnels (patient et conjoint/partenaire) – Tous les comptes
OU
 - Si retraité : documents requis – lettre SSN (le cas échéant) et copies des relevés bancaires récents de trois mois des comptes chèques/épargne personnels et professionnels (patient et conjoint/partenaire) – Tous les comptes
 - Lettre SSN Medicare - WWW.SSA.gov/myaccount
- ET – Les documents suivants sont utilisés pour vérifier les informations et NE remplacent PAS la liste ci-dessus.
 - Toute lettre de décision indiquant que le patient perçoit une indemnité de chômage, bénéficie de Medicaid, perçoit une pension d'invalidité de la sécurité sociale, une assistance générale, etc.
 - Certificat de bons alimentaires
 - Certificat de vérification de l'itinérance ou lettre d'un refuge sur papier à en-tête officiel
 - Autres documents commerciaux montrant comment le patient est pris en charge
- Preuve du nombre de personnes à charge
 - Déclaration de revenus signée de l'année précédente - nécessaire uniquement si vous avez des personnes à charge
 - Toute lettre de décision indiquant que le patient a la responsabilité légale de l'enfant, comme les documents de tutelle ou de garde ordonnés par le tribunal

Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center • 2727 Paces Ferry Road, Building 2, Floor 10, Atlanta, GA 30339

Téléphone: 1-855-788-1212 • **Fax:** 770-916-7511 • **E-mail:** Assistance@piedmont.org