

Demande d'aide financière

Piedmont Healthcare, Centre de solutions pour les clients
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339
Tél. : 1.855.788.1212
Fax : 770.916.7511



INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR

Date de service (antérieur ou futur) : _____

Nom complet du patient :

Numéro de sécurité sociale : _

Date de naissance :

Adresse du domicile :

Localité :

État :

Code postal :

_Employeur/Nom de la société :

Adresse postale :

Tél. domicile : _

Tél. portable : _

Numéro du dossier médical :

Nom complet du garant :

Numéro de Sécurité Sociale : _

Date de naissance :

Adresse du domicile :

Localité :

État :

Code postal :

_Employeur/Nom de la société :

Adresse postale :

Tél. domicile : _

Tél. portable : _

Lien avec le patient :

DONNER LE NOM D'ÉTAT CIVIL DE TOUS LES MEMBRES DU FOYER (autres que le patient/garant indiqués ci-dessus)

Nom (Nom, Prénom, Initiale 2 ^e)	Date de naissance	Âge	Lien avec le garant	Occupation	No. de sécurité sociale	Revenu annuel brut

DÉPENSES COURANTES MENSUELLES

DÉPENSES

Frais médicaux, y compris assurance maladie et médicaments par mois	
Logement et charges, y compris loyer, téléphone fixe et portable, télévision/câble, Internet, électricité, gaz, eau, impôts fonciers et/ou prêt immobilier	
Transport, y compris mensualités et assurance pour automobile et/ou frais de transport mensuels	
Autres frais courants, y compris garde d'enfant, pension alimentaire, frais de santé et/ou prestation compensatoire	

Demande d'aide financière

Piedmont Healthcare, Centre de solutions pour les clients
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339
Tél. : 1.855.788.1212
Fax : 770.916.7511



SOURCE DE REVENU DU FOYER

Revenu du travail	
Sécurité Sociale	
Invalidité	
Allocations chômage	
Pension compensatoire/alimentaire	
Revenu de placement	
Revenu de location	
Pension / retraite	
Économies ou intérêts	
Autre revenu ou soutien	

AUTRES QUESTIONS SUR L'ASSURANCE

OUI/NON

1. Le patient a-t-il une assurance-maladie ?	
2. Le patient a-t-il Medicaid de Georgia ?	
3. Le patient est-il soigné pour des blessures prises en charge par une assurance-accident du travail ?	
4. Le patient est-il soigné pour des blessures prises en charge par une assurance-responsabilité civile de tiers comme une compagnie d'assurance automobile ?	

SI VOUS N'AVEZ PAS DE REVENU MENSUEL, INDIQUEZ COMMENT VOUS COUVREZ VOS DÉPENSES MENSUELLES

DÉCLARATION

Je certifie que les informations que j'ai fournies sont véridiques et exactes à ma connaissance. Je comprends que les informations que je sou mets sont sujettes à vérification, y compris à une notation par une agence de crédit, et à un examen par des entités fédérales et/ou d'État et autres selon les besoins. J'autorise mon employeur à remettre à Piedmont Healthcare la preuve de mon revenu. Je comprends que si une information quelconque que j'ai

Demande d'aide financière

Piedmont Healthcare, Centre de solutions pour les clients
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339
Tél. : 1.855.788.1212
Fax : 770.916.7511



communiquée s'avère inexacte, Piedmont Healthcare réévaluera ma situation financière et prendra les mesures appropriées.

Signature du candidat :

Date : _

Signature du témoin :

Date : _

DES JUSTIFICATIFS SONT NÉCESSAIRES POUR EXAMINER VOTRE DEMANDE. VEUILLEZ VOUS REPORTER À LA PAGE 3 DE CETTE DEMANDE POUR DES EXEMPLES DES JUSTIFICATIFS EXIGÉS.

Demande d'aide financière

Piedmont Healthcare, Centre de solutions pour les clients
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339
Tél. : 1.855.788.1212
Fax : 770.916.7511



- Carte d'identité avec photo – Permis de conduire délivré par l'État, carte d'identité de l'État, passeport ou carte consulaire ou d'étudiant avec photo.
- Visa ou carte de séjour pour étranger (le cas échéant)
- Justificatif de domicile – Entre un et trois des documents suivants avec votre adresse de domicile actuel est nécessaire pour prouver votre lieu de résidence :
 - Une à trois factures de charges comme l'électricité, le gaz, l'eau, le téléphone
 - Contrat de location
 - Reçu de loyer indiquant votre adresse actuelle
 - Lettre de coupons alimentaires
 - Carte d'électeur
 - Autres documents administratifs justificatifs de votre domicile, comme des relevés de carte de crédit, des déclarations fiscales, des lettres de Medicaid, des lettres de l'école d'un élève, des factures de télévision par câble, des factures de téléphone portable, des relevés bancaires, des relevés de prêt immobilier, des talons de chèque indiquant votre adresse, etc.
 - REMARQUE : Une boîte postale n'est pas un justificatif de domicile.
- Justificatif de revenu – l'un des suivants est exigé :
 - Trois relevés de paye récents (patient et partenaire)
 - Demande d'allocations chômage, Demande de salaire auprès du Département du travail (WG-15)
 - Copies des trois derniers relevés bancaires si vous vivez de vos économies
 - Une lettre de votre employeur sur papier à en-tête de la société confirmant la date de début d'emploi, que vous êtes actuellement employé, énonçant le salaire horaire, le montant versé à chaque période de paie et sa fréquence
 - Toutes lettres de décision accordant au patient reçoit des allocations chômage, Medicaid, une allocation invalidité de la sécurité sociale, une assistance générale, etc.
 - Une lettre de coupons alimentaires et des bulletins de paie
 - Confirmation de la situation de sans-abri ou une lettre d'un refuge avec en-tête
 - Autres documents administratifs indiquant comment le patient obtient de l'aide.
- Justificatif du nombre de personnes à charge – l'un des suivants est exigé :
 - Déclaration d'impôt signée de l'année précédente (la plus récente)
 - Toutes lettres de décision accordant au patient la responsabilité légale de l'enfant, comme des documents de tribunal accordant la garde ou la tutelle
 - Le certificat de naissance de chaque enfant âgé de 18 ans ou moins