



Cher patient, chère patiente,

### **Instructions pour compléter le formulaire de souscription**

Si vous souhaitez faire une demande de souscription au programme d'aide financière de Providence Health Services, complétez et renvoyez le formulaire ci-joint. Si vous avez des questions, un représentant de l'aide financière peut vous aider en appelant au 800-566-5050.

### **ADMISSIBILITÉ**

Pour vous qualifier afin de bénéficier de l'aide financière, prenez en compte les éléments suivants :

- une demande d'aide locale, étatique ou fédérale peut être requise ;
- **le revenu du ménage doit être vérifié. Veuillez fournir un justificatif des revenus du ménage (déclarations de revenu et/ou bulletins de salaire récents). Si vous n'avez pas de revenu, veuillez fournir une déclaration expliquant quels sont vos soutiens financiers.**
- les autres sources de revenu doivent également être indiquées et comprennent : les pensions alimentaires, les indemnisations pour accidents du travail, les aides sociales, les revenus d'un travail indépendant et les allocations chômage.

### **L'aide financière ne peut pas être versée pour :**

- les effets personnels, tels que les frais liés à la télévision ;
- les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, notamment les interventions esthétiques et les traitements contre la stérilité ;
- les services couverts par l'assurance dans un autre réseau de soins de santé ;
- les produits pharmaceutiques en vente libre.

*La détermination de l'aide financière ne doit s'appliquer qu'à l'épisode de soins pour lequel la présente demande est complétée.*

### **Envoyez par courrier la demande de souscription complétée et les documents au :**

Représentant de l'aide financière du NRSC  
10330 N. Meridian Street, 2N PFS  
Indianapolis, Indiana 46290

### **Envoyez par fax la demande de souscription complétée et les documents au :**

(317) 583-2753 adressée au : Représentant de l'aide financière du NRSC

Si vous avez des questions, veuillez contacter notre centre de service clients au 800-566-5050 du lundi au vendredi de 8 h à 13 h 45 et de 14 h 30 à 16 h (heure de l'est).



## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

### INFORMATIONS DU PATIENT (VEUILLEZ IMPRIMER)

				<b>N° de compte</b>	
<b>Nom du patient :</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Sexe</b>		<b>N° de téléphone</b>
<b>Adresse :</b>	<b>Ville</b>	<b>État</b>	<b>Code postal</b>	<b>Adresse e-mail :</b>	
<b>Numéro de sécurité sociale :</b>	<b>Employeur</b>		<b>Temps plein</b>		<b>Nombre d'heures/ semaine</b>
			<b>Temps partiel</b>		
<b>Adresse de l'employeur :</b>	<b>Ville</b>	<b>État</b>	<b>Code postal</b>	<b>N° de téléphone</b>	

### INFORMATIONS RELATIVES À LA PARTIE RESPONSABLE

<b>Nom</b> Identique au nom susmentionné	<b>Date de naissance</b>	<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Sexe</b>		<b>N° de téléphone</b>
<b>Adresse :</b>		<b>État</b>	<b>Code postal</b>	<b>Adresse e-mail</b>	
<b>Numéro de sécurité sociale</b>	<b>Employeur</b>		<b>Temps plein</b>		<b>Nombre d'heures/ semaine</b>
			<b>Temps partiel</b>		
<b>Adresse de l'employeur</b>	<b>Ville</b>	<b>État</b>	<b>Code postal</b>	<b>N° de téléphone</b>	

### INFORMATIONS RELATIVES AU CONJOINT DE LA PARTIE RESPONSABLE

<b>Nom du conjoint</b>		<b>Numéro de sécurité sociale</b>		<b>Date de naissance</b>	
<b>Employeur du conjoint :</b>	<b>Adresse :</b>	<b>Ville</b>	<b>État</b>	<b>Code postal</b>	<b>N° de téléphone</b>

### PERSONNES À CHARGE :

Nom	Âge	Lien de parenté	Nom	Âge	Lien de parenté

REVENU BRUT MENSUEL			FRAIS DE SUBSISTANCE MENSUELS		Paiement	Solde
Revenu du demandeur			Prêt hypothécaire/loyer			
Revenu du conjoint du demandeur			Électricité			
Prestations de sécurité sociale			Gaz			
Pension/retraite			Téléphone			
Allocation de chômage			Eau			
Indemnisation pour accidents du travail			Alimentation			
Intérêts/dividendes			Télévision câblée			
Pension alimentaire pour enfants			Prêt auto à rembourser			
Pension alimentaire			Téléphone portable			
Revenus locatifs			Soins de jour			
Coupons alimentaires			Pensions alimentaires			
Autre			Médicaments sur ordonnance			
Autre			<b>Cartes de crédit :</b>			
<b>REVENU BRUT TOTAL :</b>			1.			
			2.			
			3.			
<b>LIQUIDITÉS ET PATRIMOINE</b>			<b>Autres frais médicaux/ hospitaliers :</b>			
Espèces						
Compte d'épargne						
Compte chèques						
Certificats de dépôt						
Titres						
Assurance-vie						
Autres biens immobiliers						
Autre						
<b>Véhicule/Marque et modèle :</b>	<b>Année</b>	<b>Valeur</b>	<b>Dépenses d'assurance :</b>			
			1. Automobile			
			2. Habitation			
			3. Médicale/vie			
			<b>Autres remboursements d'emprunts :</b>			
			1.			
			2.			
<b>Transactions financières :</b>			<b>Autres mensualités :</b>			
Assurance-vie			Cobra			
Héritage			Assurance-vie			
Autre			3.			
<b>VALEUR TOTALE DES LIQUIDITÉS ET DU PATRIMOINE :</b>			<b>DÉPENSES MENSUELLES TOTALES :</b>			

**OBSERVATIONS :** \_\_\_\_\_

Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes et complètes. Par la présente, j'autorise l'hôpital, s'il le juge nécessaire, à obtenir des informations auprès d'organismes externes d'évaluation de crédit.

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature du patient, conjoint, garant ou représentant légal

**DEMANDE DE SOUSCRIPTION À L'AIDE  
FINANCIÈRE DE PROVIDENCE HEALTH SERVICES**

**CERTIFICATION**

En signant ce formulaire, je certifie que, à ma connaissance, toutes les déclarations sont exactes et que j'ai révélé tous les faits concernant mes finances. Je comprends et je reconnais que toute fausse déclaration quant à mes finances en lien avec la présente demande de souscription, ou tout refus de coopérer aux efforts pour être admissible aux programmes pouvant couvrir le coût de mes soins (par exemple, Medicaid, réclamation pour dommages personnels, indemnisation pour les accidents du travail) peut invalider toute attribution d'aide financière et que je serai responsable financièrement des services fournis. J'autorise Providence Health Services ou ses représentants à demander et à étudier un rapport de ma solvabilité et de prendre toutes les autres mesures raisonnables pour valider l'ensemble des informations fournies.

Je comprends que, si je suis admissible à une aide financière partielle, je serai responsable du paiement de la part restante de ma facture.

**Déclaration concernant le revenu brut (avant impôts et déductions)**

**Le revenu annuel total de mon foyer** (ajoutez les colonnes annuelles du patient et de son conjoint, d'autre part, et écrivez le total ci-dessous) :

---

**Déclaration concernant l'absence de revenu**

Décrivez brièvement votre situation financière/vos conditions de vie et la raison pour laquelle vous avez besoin de l'aide financière concernant vos frais médicaux.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Veillez signer ci-dessous :**

---

Le patient /Le tuteur

(Date)