

**A** Hôpital ou clinique : *veuillez sélectionner le ou les site(s) où le patient a reçu (ou recevra) des soins.*

- Henry Ford Hospital                       HF Kingswood Hospital                       HF Macomb Hospital  
 HF Medical Centers                       HF West Bloomfield Hospital                       HF Allegiance Hospital  
 HF Wyandotte Hospital ou  
 HF Health Center Brownstown                       Autre, veuillez préciser ( \_\_\_\_\_ )

**B** Informations sur le patient : *veuillez remplir cette rubrique concernant le patient recevant les soins.*

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Numéro de \_\_\_\_\_ Numéro de \_\_\_\_\_  
 Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ dossier médical : \_\_\_\_\_ Identité du garant : \_\_\_\_\_

**C** Partie responsable (garant) : *veuillez remplir cette rubrique concernant la personne qui règle les frais médicaux.*

Nom de la partie responsable : \_\_\_\_\_ Lien avec le patient : \_\_\_\_\_  
*(si différente de la rubrique B)*  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Comté : \_\_\_\_\_  
 Employeur : \_\_\_\_\_  Plein temps  Temps partiel Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

**D** Vérification de l'admissibilité à l'assurance maladie

<p>1. Avez-vous fait une demande auprès de Medicare ou de Medicaid ou une telle demande vous a-elle été refusée ?</p> <p>1a. Medicare - Partie A                      <input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui          1b. Medicare - Partie B                      <input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui          1c. Medicare - Partie C                      <input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui          1d. Medicaid                                      <input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><i>Si une demande auprès de Medicaid vous a été refusée, était-ce au cours des 90 derniers jours ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p>		<p>4. Votre employeur ou celui de votre conjoint(e) offre-t-il une assurance maladie collective ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>4a. Bénéficiiez-vous d'une assurance au cours des 3 à 6 derniers mois par le biais de votre employeur ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><b>Le cas échéant, COBRA est-il disponible ?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p>
<p>2. Demandez-vous une aide financière pour des services relatifs aux sujets suivants :</p> <p>2a. Accident de la route                      <input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui          2b. Victime d'acte criminel                      <input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui          2c. Indemnisation pour accident du travail                      <input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui          2d. Autre blessure (par exemple, glissade et chute)                      <input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p>		<p>5. Avez-vous une autre assurance maladie ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Le cas échéant, veuillez fournir les informations relatives à l'assurance :</p>	<p><input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p>
		<p>6. Êtes-vous un(e) résident(e) permanent(e) vivant dans la zone de services du Henry Ford Health System ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Non   <input type="checkbox"/> Oui</p>

E

Membres du foyer et revenus professionnels du foyer

Combien y-a-t-il de personnes dans votre foyer ? \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer les membres de votre foyer qui perçoivent un revenu (joignez une feuille supplémentaire si nécessaire) :

Nom du membre du foyer	Lien avec le demandeur	Revenu brut mensuel (avant déductions)
		\$
		\$
		\$
<b>Revenu mensuel brut total</b>		<b>\$</b>

F

Autres revenus du foyer (non professionnels)

Autres sources de revenus	Montant par mois
Pension alimentaire/prestation compensatoire	\$
Famille d'accueil, administrateur de canton, revenus paroissiaux, etc.	\$
Pension, Sécurité sociale, Sécurité sociale pour incapacité	\$
Bien locatif	\$
Rentes, intérêts, retraite par répartition	\$
Indemnités de chômage ou indemnisation d'accident du travail	\$
Autre (veuillez préciser)	\$
<b>Total des autres sources de revenus</b>	<b>\$</b>

G

Biens du foyer

Type de bien	Total
Espèces	\$
Compte d'épargne	\$
Compte courant	\$
Actions	\$
Obligations	\$
Obligations d'épargne	\$
Certificats de dépôt	\$
Comptes du marché monétaire	\$
Fonds communs	\$
Fiducies	\$
<b>Total des biens</b>	<b>\$</b>

H

Dépenses mensuelles du foyer

Type de dépense	Montant par mois
Loyer	\$
Prêt immobilier	\$
Pension alimentaire	\$
Denrées alimentaires	\$
Paielement de véhicule	\$
Factures générales	\$
<b>Total des dépenses mensuelles du foyer :</b>	\$

I

Autorisation

J'autorise par la présente la communication des informations fournies dans cette demande au Henry Ford Health System (HFHS) afin d'établir si j'ai droit à une aide financière conformément aux règles et aux procédures du HFHS. J'autorise le HFHS à vérifier ces informations en cas de besoin, ce qui peut inclure sans y être limité, l'obtention d'un rapport de solvabilité, la vérification de l'emploi ou des revenus et l'obtention de pièces justificatives précises. Toutes les informations et tous les documents relatifs aux revenus que j'ai fournis dans cette demande sont véridiques, exacts et complets tels que présentés. S'il est établi à tout moment que les informations que j'ai fournies étaient fausses ou inexacts, toute l'aide financière sera reversée, et j'assumerai la responsabilité du paiement intégral et immédiat de tous les soldes impayés. J'accepte également d'assumer la responsabilité de toute somme exigible après toute réduction d'aide financière partielle.

Nom en caractères  
d'imprimerie :

Lien avec le patient :

Signature :

Date :

**Avant de retourner votre demande, veuillez vérifier que vous l'avez dûment remplie et que vous avez fourni tous les documents nécessaires au traitement de celle-ci :**

<input type="checkbox"/> Toutes les pages de la demande dûment remplies, y compris la signature et la date	<input type="checkbox"/> Déclaration de salaire et d'impôt (formulaire W-2) ou de revenus divers (formulaire 1099) de l'année la plus récente	<input type="checkbox"/> Deux derniers mois des fiches de paie avec les revenus cumulatifs de l'année de chaque membre du foyer
<input type="checkbox"/> Déclaration de revenus fédérale (formulaire 1040) de l'année la plus récente	<input type="checkbox"/> Copie du permis de conduire ou de la carte d'identité de l'État du Michigan en cours de validité	<input type="checkbox"/> Deux derniers mois de relevés bancaires récents : compte courant/d'épargne
<input type="checkbox"/> Preuve d'autres revenus (par exemple, revenus locatifs)	<input type="checkbox"/> Copies de cartes d'assurance maladie, le cas échéant	<input type="checkbox"/> Copie de la lettre de refus de Medicaid en cas de demande rejetée

**Veuillez noter qu'une déclaration de besoin financier personnel peut être demandée pour évaluer plus à fond votre demande.**