

HMH CARRIER CLINIC, INC.

PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE (PAF)

RÉSERVÉ À L'USAGE DES SFP

DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE

e d'identité, justificatif de domicile, les plus récentes déclarations de revenus fédérales, le montant des revenus et des biens du ménage doivent être in
Veuillez envoyer des copies de tous les documents demandés. N'envoyez pas les documents originaux car ils ne seront pas retournés.
Pour obtenir de l'aide, de l'assistance ou en cas de questions, veuillez contacter le Département des services financiers aux patients au 908-281-1522

I. Renseignements personnels

HOSPITAL ACCT # _____

Nom du patient (nom, prénom, initiale du deuxième prénom) _____		État civil _____	N° de sécurité sociale _____
(N° ET NOM DE LA RUE) _____		PROPRIÉTAIRE _____	LOCATAIRE DEPUIS _____ AN(S)
(VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL) _____		(COMTÉ) _____	
TÉLÉPHONE FIXE _____	TÉLÉPHONE DE JOUR _____		
Nom de la personne remplissant la demande _____	Lien avec le patient _____	Numéro de téléphone _____	
Nom du garant (si différent du patient) _____	Lien avec le patient _____	Numéro de téléphone _____	

II. Renseignements sur l'assurance

Nom de la compagnie d'assurance _____	Nom de l'assuré _____	Lien avec le patient _____
En cas de non-assurance - Avez-vous fait une demande d'assurance-maladie via le Health Insurance Marketplace ?	OUI _____	NON _____
Êtes-vous exempté de faire une demande d'assurance via le Health Insurance Marketplace ?	OUI _____	NON _____
Avez-vous fait une demande d'assistance médicale au cours des 6 derniers mois ?	OUI _____	NON _____
Si OUI, veuillez joindre une copie de la lettre de refus ou de la preuve d'admissibilité.	OUI _____	NON _____

Si NON, veuillez communiquer avec votre agence locale du Bureau des services sociaux pour savoir comment présenter une demande de prestations.

III. Renseignements sur le ménage (Énumérez toutes les personnes qui vivent dans votre ménage)

TAILLE DU MÉNAGE _____

Nom des personnes composant le ménage, patient inclus	Lien avec le patient	Profession
	PATIENT	

Personnes composant le ménage (suite)	Lien avec le patient	Profession

IV. Sources de revenu/Biens du ménage (inclut un parent par le sang, par mariage ou par adoption)

Revenus du ménage :

(Veuillez indiquer s'il s'agit de revenus mensuels (M) ou annuels (A))		PATIENT	RESTE DU MÉNAGE
Salaire avant déductions	M A	\$	\$
Travailleur indépendant (vérifié par une source indépendante)	M A	\$	\$
Prestations de sécurité sociale	M A	\$	\$
Pension alimentaire/pension alimentaire pour enfants	M A	\$	\$
Autres sources de revenus financiers	M A	\$	\$
Chômage et indemnités pour accidents du travail	M A	\$	\$
Prestations aux anciens combattants	M A	\$	\$
Paiements de retraite	M A	\$	\$
Paiements d'assurance et de rentes	M A	\$	\$
Dividendes/intérêts	M A	\$	\$
Revenus locatifs	M A	\$	\$

TOTAL

Biens du ménage :

AUTRES BIENS	PATIENT	RESTE DU MÉNAGE
Épargne	\$	\$
Compte courant	\$	\$
Certificats de dépôt (CD)	\$	\$
Comptes de dépôt du marché monétaire	\$	\$
Obligations d'épargne	\$	\$
Actions	\$	\$
Obligations	\$	\$
Compte de retraite individuels	\$	\$
401(K)	\$	\$
403(b)s	\$	\$
Autres	\$	\$

TOTAL

V. Attestation du demandeur

Je certifie que les renseignements ci-dessus concernant la composition, les revenus et les biens de mon ménage sont véridiques et exacts.

Je comprends que la déclaration volontaire de fausses informations me rendra responsable de tous les frais d'hospitalisation.

Je comprends qu'il m'incombe d'informer la clinique de tout changement de statut en ce qui concerne mes revenus ou mes biens.

Signature du patient

DATE

Signature /Lien avec le patient)

Date