

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

UNE PIÈCE D'IDENTITÉ, UN JUSTIFICATIF DE REVENUS ET UN JUSTIFICATIF DE PATRIMOINE DOIVENT ACCOMPAGNER CETTE DEMANDE. ENVOYEZ DES EXEMPLAIRES DE TOUS LES DOCUMENTS DEMANDÉS. **N'ENVOYEZ PAS DE DOCUMENTS ORIGINAUX CAR ILS NE SERONT PAS RETOURNÉS.**

PREMIÈRE PARTIE - Informations personnelles

1. Nom du patient : _____
Nom Prénom
Deuxième prénom
2. Numéro de sécurité sociale : _____ -- _____ -- _____
3. Date de la demande : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année
4. Date de consultation initiale : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année
5. Date de consultation demandée : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année
6. Adresse du patient : _____
7. Ville, état et code postal : _____
8. Numéro de téléphone : _____
9. Personnes composant le foyer* (Nombre) : _____
10. Citoyen(ne) américain(e) : Oui Non Demande en attente
11. Pièce d'identité (Documentation exigée : papiers de citoyenneté, passeport, acte de naissance, permis de conduire ou carte d'identité de la ville de New York (« IDNYC »). **Maimonides exige qu'un de ces documents soit fourni par le patient dans le cadre de la demande d'aide financière.**) _____
12. Justificatif de domicile : (Documentation exigée : facture d'eau, d'électricité, de téléphone etc., récentes quittances de loyer ou exemplaire de bail. **Maimonides exige qu'un de ces documents soit fourni par le patient dans le cadre de la demande d'aide financière.**) _____

DEUXIÈME PARTIE - Critères du patrimoine

Lors de la détermination de l'éligibilité à l'aide financière concernant les soins hospitaliers, le patrimoine d'une personne majeure inclut celui de son conjoint ; le patrimoine d'une personne mineure inclut celui de son/ses parent(s) et/ou de son/ses représentant(s) légal(aux) avec lequel/lesquels la personne mineure réside. **Maimonides exige que les documents et les informations listés ci-dessous en tant que justificatif du patrimoine soient fournis par le patient dans le cadre de la demande d'aide financière.**

12. Patrimoine de la personne : _____
13. Patrimoine du/de la conjoint(e), du/des parent(s) ou du/des représentant(s) légal(aux) (si cela s'applique) : _____
14. Le patrimoine inclut :
- A. Les espèces (Documentation exigée : lettre du patient attestant le montant des espèces disponibles)

- B. Les comptes d'épargne (Documentation exigée : exemplaire du(des) dernier(s) relevé(s) bancaire(s) d'un compte d'épargne)

- C. Les comptes chèques (Documentation exigée : exemplaire du(des) dernier(s) relevé(s) bancaire(s) d'un compte chèque) _____
- D. Les certificats de dépôt (Documentation exigée : exemplaire du(des) dernier(s) relevé(s) bancaire(s), versements listés) _____
- E. Les placements immobiliers (autres que la résidence principal) (Documentation exigée : lettre du comptable qui décrit la valeur des placements immobiliers) _____
- F. Autre patrimoine (Bons du trésor, papier négociable, actions et obligations d'entreprise) (Documentation exigée : relevé mensuel ou annuel reçu ou exemplaire d'un relevé bancaire qui l'atteste (si des intérêts ou des dividendes sont versés directement)) _____
- G. Total _____

* Le nombre de personnes composant le foyer inclut soi-même, le conjoint résidant avec le patient et toute personne à charge du patient ou personne à charge du conjoint du patient. Une femme enceinte est comptabilisée comme deux membres de la famille. Pour les patients qui sont mineurs, le nombre de personnes composant le foyer inclut le mineur, les parents résidant avec le patient et les personnes à charge de ces parents.

TROISIÈME PARTIE - Critères de revenus

Lors de la détermination de l'éligibilité à une aide relative aux soins hospitaliers, les revenus d'une personne majeure incluent les revenus de son conjoint ; les revenus d'une personne mineure incluent les revenus de son/ses parent(s) et/ou représentant(s) légal(aux) avec lequel/lesquels la personne mineure réside.

Maimonides exige que les documents et les informations listés ci-dessous **en tant que justificatif de revenus** soient fournis par le patient dans le cadre de la demande d'aide financière.

Les revenus sont basés en calculant les salaires des quatre dernières semaines avant la date de consultation.

15. Sources de revenus :

- A. Salaire / rémunérations avant retenues (Documentation exigée : demande pour un régime d'assurance parrainé publiquement, souches de fiches de paie des quatre dernières semaines ou relevé bancaire montrant les versements de salaires des quatre dernières semaines/lettre de l'employeur, tel que cela s'applique conformément à ce qui est mentionné ci-dessous) _____
- Si le patient n'a pas déposé une demande pour un régime d'assurance parrainé publiquement ou que cette demande n'est pas disponible, le patient doit fournir des souches de fiches de paie des quatre semaines précédentes, qui seront utilisées pour extrapoler le salaire/les rémunérations du patient pour l'année calendaire en cours.
 - Si les souches de fiches de paie ne sont pas disponibles, le patient doit fournir soit : un exemplaire d'un relevé de compte bancaire (si le salaire est versé directement) ou une lettre de l'employeur montrant des revenus bruts, des taxes et des revenus nets pour les 4 dernières semaines.
- B. Aide publique (Documentation exigée : exemplaire de la lettre d'acceptation venant du département des services sociaux indiquant le montant mensuel reçu) _____
- C. Prestations de la sécurité sociale (Documentation exigée : exemplaire de la lettre d'attribution de la sécurité sociale ou exemplaire d'un relevé de compte bancaire (si la sécurité sociale est versée directement)) _____
- D. Indemnisation chômage et des travailleurs (Documentation exigée : exemplaire de la lettre d'attribution de l'indemnisation, exemplaire du chèque d'indemnisation ou exemplaire du relevé d'un compte bancaire montrant le versement direct (si l'indemnisation est versée directement)) _____
- E. Avantages accordés aux vétérans. (Documentation exigée : exemplaire du chèque reçu, lettre d'attribution de l'administration des vétérans (si disponible), ou exemplaire du relevé d'un compte bancaire (si les avantages sont versés directement)) _____
- F. Pension alimentaire en cas de séparation ou de divorce/pour enfants. (Documentation exigée : exemplaire de l'acte de divorce montrant le montant de la pension alimentaire attribué, exemplaire du chèque reçu ou exemplaire du

relevé d'un compte bancaire (si la pension alimentaire est versée directement))

G. Autre aide financière. (Documentation exigée : exemplaire du chèque reçu ou exemplaire du relevé d'un compte bancaire montrant les revenus reçus (s'ils sont versés directement))

H. Versements d'une retraite. (Documentation exigée : exemplaire du chèque reçu, lettre d'attribution (si disponible) ou exemplaire du relevé d'un compte bancaire (si le paiement est versé directement)).

I. Versements d'une assurance ou d'annuités. (Documentation exigée : exemplaire du chèque reçu tous les mois ou exemplaire du relevé d'un compte bancaire (si le paiement est versé directement)).

J. Dividendes/intérêt. (Documentation exigée : exemplaire du chèque reçu ou exemplaire du relevé d'un compte bancaire montrant les revenus reçus (s'ils sont versés directement))

K. Revenu locatif. (Documentation exigée : lettre du comptable indiquant le montant du revenu locatif annuel)

L. Revenus commerciaux nets (travailleur indépendant/vérifié par une source indépendante) (Documentation exigée : lettre signée du comptable indiquant le montant brut, les taxes et le montant net touché toutes les semaines, toutes les deux semaines ou tous les mois, selon le cas qui s'applique.) _____

M. Autre (Indemnités de grève, allocations de formation, allocations pour les familles de militaires, revenus issus de biens immobiliers et de fonds) (Documentation exigée : exemplaire du chèque reçu ou lettre du comptable documentant d'autres revenus reçus) _____

N. Total _____

QUATRIÈME PARTIE - Attestation du demandeur

Je comprends que les informations que j'envoie font l'objet d'une vérification par l'établissement de soins de santé approprié. Une fausse déclaration volontaire de ces données m'obligera à m'acquitter de tous les frais d'hôpital.

Si l'établissement de soins de santé en fait la demande, je solliciterai une aide médicale gouvernementale ou privée pour régler la facture de l'hôpital.

J'atteste que les informations susmentionnées concernant le nombre de personnes composant mon foyer, mes revenus et mon patrimoine sont exactes et vraies.

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'informer l'hôpital de tout changement de situation concernant mes revenus ou mon patrimoine.

16. Signature du patient ou du représentant légal : _____

17. Date : _____ / _____ / _____
 JOUR MOIS ANNÉE

Dès la remise d'une demande dûment complétée, y compris toutes les informations ou toute la documentation nécessaire pour déterminer l'éligibilité, veuillez ne pas tenir compte de toutes les factures jusqu'à ce que Maimonides prenne une décision quant à l'acceptation ou au rejet de la demande.

Rév. 15/11