



Demande au Programme d'aide financière hospitalière
P.O. Box 670747, Marietta, GA 30066
Téléphone : 470-245-9998

RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT	Résident américain	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
-------------------------------------	--------------------	---------------------------	---------------------------

Numéro de compte : _____ Nom de l'hôpital : _____

Nom : _____ N° de SS : _____ Date de naissance : _____

RENSEIGNEMENT SUR GARANT ET CONJOINT(E)	<input type="radio"/> Marié(e)	<input type="radio"/> Divorcé(e)	<input type="radio"/> Séparé(e)	<input type="radio"/> Veuf/veuve	<input type="radio"/> Célibataire
--	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Nom du garant : _____ N° de SS : _____ Relation avec le patient : _____

Date de naissance : ____/____/____ Adresse du domicile : _____

N° de téléphone : (____) _____ Autre téléphone : (____) _____

Employeur 1: _____ Adresse : _____

Emploi n° : _____ Poste: _____ Salaire horaire: _____ Annuel Travail plein temps, partiel, ou sans emploi (encercler un)

Employeur 2: _____ Adresse: _____

Emploi n° : _____ Poste: _____ Salaire horaire : _____ Annuel ou Travail plein temps, partiel, ou sans emploi (encercler un)

Nom du conjoint (e) : _____ N° : _____ Date de naissance: ____/____/____

Employeur 1: _____ Adresse: _____

Emploi n° : _____ Poste : _____ Salaire horaire : _____ Annuel ou Travail plein temps, partiel, ou sans emploi (encercler un)

Employeur 2 : _____ Adresse : _____

Emploi n° : _____ Poste: _____ Salaire horaire: _____ Annuel ou Travail plein temps, partiel, ou sans emploi (encercler un)

Personnes à charge légales (Enumérez uniquement les personnes à charge qui peuvent être déclarées sur votre déclaration d'impôt fédéral).

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aa)	Relation	
	/ /		Avez-vous fait une demande d'assurance pour Medicaid ? Oui _____ Non _____ Êtes-vous admissible pour Cobra ? Oui _____ Non _____
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Biens et autres sources de revenu

Solde du compte bancaire : \$ _____ Nom de la banque : _____ Solde du compte épargne : \$ _____ Nom de la banque : _____

Solde du marché monétaire : \$ _____ Nom de la banque : _____ Sécurité sociale : \$ _____ Pension mensuelle : \$ _____

Pension alimentaire : \$ _____ Pension alimentaire pour enfant : \$ _____ CD : _____

Tous les autres biens, par ex. actions, obligations, etc. _____ Type : _____

Recevez-vous des remboursements de prêts étudiants ? Oui ou Non (Encercler un) Remboursement étudiants : \$ _____

Avez-vous déposé un bilan au cours des 3 dernières années ? Oui ou Non (Encercler un) Si oui indiquez la date : ____/____/____

Êtes-vous propriétaire d'un bien locatif ? Oui ou Non (Encercler un) Si oui, quel est le revenu mensuel ? \$ _____

Valeur de la propriété : \$ _____

Le système de santé Wellstar s'est engagé à fournir une aide financière aux patients qui ont fait une demande pour obtenir des soins médicalement nécessaires dans les hôpitaux Wellstar, mais qui ont peu ou pas de moyens pour payer ces soins. Wellstar fournira des soins médicaux d'urgence à toutes les personnes, quelle que soit leur capacité de payer ou de leur admissibilité au Programme d'aide financière.

Afin d'être admissible à une aide financière pour l'hôpital Wellstar, une coopération avec Wellstar est nécessaire pour identifier et déterminer d'autres sources de paiement ou de couverture provenant de programmes de paiement publics et privés. Pour être admissible à une aide financière, les éléments suivants sont nécessaires :

Renseignements sur la demande :

Soumettre une demande d'aide financière vraie, exacte, signée et complétée ; et

Tous les demandeurs pour l'aide financière doivent fournir une preuve de leurs revenus et des biens du ménage en fournissant les éléments suivants qui s'appliquent :

Fournir les documents suivants en fonction de la situation financière ACTUELLE :

Fournir trois (3) mois des talons de chèque de salaire les plus récents ou une déclaration de l'employeur vérifiant le salaire brut ET les deux (2) mois les plus récents des relevés bancaires pour chaque compte bancaire, épargne, marché monétaire ou autre compte bancaire ou d'investissement pour le ménage

Le formulaire IRS 1040 le plus récent ET le formulaire IRS W-2/1099 (le cas échéant) émis au cours de l'année écoulée pour correspondre au formulaire IRS 1040

Justificatifs supplémentaires (le cas échéant) :

Déclarations écrites des deux (2) derniers mois pour tous les autres revenus (par exemple, indemnité de chômage, invalidité, retraite, prêts étudiants, lettre d'attribution provenant du Bureau de la sécurité sociale, rapport actuel sur les profits et pertes pour tous les travailleurs autonomes, justificatifs de pensions alimentaires ordonnées par le tribunal), les justificatifs de pensions alimentaires pour enfants ordonnées par un tribunal ou un relevé d'activité de la carte de l'aide temporaire pour les familles nécessiteuses (TANF), etc. pour le ménage)

Si vous êtes chômeurs moins de 3 mois—Avis de cessation d'emploi de votre employeur précédent

En cas de chômage de plus de 3 mois - Enquête sur les salaires (Département du travail)

Lettre de refus d'indemnisation du chômage

Documentation de la valeur des actifs, y compris, sans limitation, les déclarations d'impôt foncier, les certificats de dépôt et autres déclarations d'investissement

Déclarations de contribution de personne qui participe au revenu ou à l'aide en nature au patient

Aucune modification ou expurgation de documents n'est autorisée

Ces informations doivent être reçues dans les 30 jours afin de pouvoir traiter votre demande. Les comptes admissibles à l'examen de l'aide financière dans le cadre du Programme d'aide financière du système de santé Wellstar doivent avoir les demandes remplies soumises dans les 240 jours suivant la date du premier relevé de facturation de la post-décharge. Wellstar se réserve le droit de ne pas traiter votre compte pour le Programme d'aide financière, s'il n'est pas conforme. Vous pouvez communiquer avec Wellstar pour des questions ou pour obtenir de l'aide avec cette demande à :

SBO FAP Département, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066, numéro du télécopieur : 770-792-1737 ou numéro de téléphone : 470-245-9998.

Commentaires:

Je demande par la présente à Wellstar de déterminer mon admissibilité à son Programme d'aide financière. Je comprends que les renseignements que je soumetts concernant mon revenu annuel et la taille de ma famille doivent être vérifiés. Je comprends également que si les renseignements que je soumetts sont jugés faux, cela entraînera un refus d'admissibilité à l'aide financière. J'accepte en outre de me conformer au processus de demande et de sélection pour toute aide (c'est-à-dire Medicaid, Medicare, State Aid (pour le cancer), Vocational Rehab, Insurance, etc.) qui peut être disponible pour le paiement des frais de mon compte à Wellstar. Je coopérerai pleinement pour prendre toutes les mesures jugées nécessaires pour obtenir une telle aide et je céderai ou paierai à Wellstar le montant recouvré pour les frais de Wellstar. J'accepte de payer tout solde restant après l'ajustement du Programme d'aide financière. Le non-respect de cette consigne peut entraîner l'annulation de toute remise du Programme d'aide financière. Une demande de Programme d'aide financière remplie est applicable par garant.

Je confirme que les renseignements indiqués ci-dessus sont authentiques et exactes au meilleur de ma connaissance.

Signature du garant : _____ Date : _____