



**AIDE CONCERNANT LE PAIEMENT DE VOTRE COMPTE**

Pour que votre candidature aux programmes d'aide financière puisse être prise en compte, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le renvoyer à OSU Wexner Medical Center.

**Si vous entrez dans l'État de l'Ohio dans le seul but de recevoir un traitement médical, vous ne pourrez pas recevoir d'aide financière.**

**Si vous avez besoin d'aide pour le paiement de la facture d'OSU Wexner Medical Center, appelez le 614-293-2100.**

Nom du patient _____ Date : _____	
Adresse : _____	
Date de naissance _____ N° de dossier médical (usage interne seulement) : _____	
1) Le patient était-il résident de l'État de l'Ohio au moment du service rendu ? .....Oui _____ Non _____	
2) Le patient possédait-il une assurance médicale au moment du service rendu ? .....Oui _____ Non _____	
3) Le patient était-il un bénéficiaire actif de Medicaid au moment du service rendu ? .....Oui _____ Non _____	
Si vous avez répondu <b>oui</b> à la question 2 ou 3, joignez une copie de votre carte d'assuré ou carte Medicaid à ce formulaire.	

**Date du service hospitalier :** \_\_\_\_\_

Veuillez fournir les renseignements suivants pour tous les membres de votre famille immédiate.

Pour HCAP, le terme « famille » inclut le patient, l'époux/épouse du patient (vivant au même domicile ou non) et tous les enfants du patient âgés de moins de 18 ans (biologiques ou adoptés) vivant au domicile du patient (ajoutez plus de pages si nécessaire).

**\*\* Si le patient est mineur, les deux parents biologiques doivent être listés, même s'ils ne partagent pas le même domicile.**

Nom	Date de naissance	Relation au patient	Revenu total perçu au cours des trois (3) mois PRÉCÉDANT la date du service	Revenu total perçu au cours des douze (12) mois PRÉCÉDANT la date du service	Source de revenu (emploi, pension, sécurité sociale, allocations chômage, etc.)	Date de début/ embauche
		<b>patient</b>	<b>USD</b>	<b>USD</b>		
			<b>USD</b>	<b>USD</b>		
			<b>USD</b>	<b>USD</b>		
			<b>USD</b>	<b>USD</b>		
			<b>USD</b>	<b>USD</b>		

**Cochez la case correspondant au type de preuve de revenu joint : La preuve de revenu doit inclure les 3 et 12 mois précédant la date du service.** (veuillez envoyer des photocopies, les originaux ne seront pas rendus)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copies des talons de chèques de paie                                       | <input type="checkbox"/> Lettre de l'employeur indiquant le revenu brut perçu |
| <input type="checkbox"/> Lettre attestant des prestations (sécurité sociale / pension / invalidité) | <input type="checkbox"/> Preuve d'allocations chômage perçues                 |
|   | <input type="checkbox"/> Preuve de <b>tout</b> revenu perçu                   |

Si vous déclarez un **revenu de 0 USD**, veuillez expliquer brièvement comment vous avez survécu financièrement au cours des 3 et 12 mois précédant la date du service. Si vous avez reçu un soutien financier de la part de quelqu'un d'autre, veuillez demander à cette personne de fournir une lettre indiquant la période et le type de soutien fournis.

Si le revenu de votre ménage dépasse le niveau de pauvreté fédéral, nous examinerons votre compte pour d'autres programmes d'aide. Cet examen peut inclure l'obtention de renseignements de votre dossier de crédit.

**Ma signature ci-dessous atteste de la véracité de toutes les déclarations ci-incluses et pièces jointes à cette demande.**

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relation au patient (si autre que le patient) ( )

\_\_\_\_\_  
N° de téléphone du patient

\_\_\_\_\_  
Commentaires (usage interne seulement) :

Envoyer ce formulaire avec les preuves de revenu à :

OSU Wexner Medical Center  
Financial Assistance Department  
PO Box 183107  
Columbus, OH 43218-3107  
N° de fax : 614-293-2260  
E-mail : financialassistance@osumc.edu

Usage interne seulement

Examiné par : \_\_\_\_\_ Numériser dans FIN-ASST