

Date de service ou numéro de compte\*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pour usage de bureau seulement:

FC Initials \_\_\_\_\_

## Demande d'aide financière

Ce formulaire vous sert d'aide financière dans les hôpitaux susmentionnés. Afin de gérer vos soins plus efficacement, si cette demande est approuvée, vous serez admissible à une assistance dans chacun de ces hôpitaux Northern Light Health. Votre demande dûment remplie ne sera partagée entre ces hôpitaux que dans les cas permis ou requis par la loi.

PATIENT / POSTULANT		INFORMATION SUR L'EMPLOI			SANS EMPLOI ?	
NOM :		NOM DE L'EMPLOYEUR :			JAMAIS TRAVAILLÉ : _____	
NAS ( <i>SSN - Optionel</i> )	DDN ( <i>DOB Optionel</i> ) :	DATE D'EMBAUCHE :			DERNIÈRE DATE DE TRAVAIL: _____	
CELLULAIRE/TÉLÉPHONE À LA MAISON :		TITRE DE L'EMPLOI :			VEUILLEZ EXPLIQUER :	
ADRESSE :		TÉLÉPHONE:				
		ADRESSE :				
ÉTAT CIVIL ( <i>facultatif</i> ) :					(Usage interne) MR# :	
PERSONNE PROCHE/COPOSTULANT		INFORMATION SUR L'EMPLOI			SANS EMPLOI ?	
NOM :		NOM DE L'EMPLOYEUR :			JAMAIS TRAVAILLÉ : _____	
NAS ( <i>Optionel</i> )	DDN ( <i>Optionel</i> )	DATE D'EMBAUCHE :			DERNIÈRE DATE DE TRAVAIL: _____	
CELLULAIRE/TÉLÉPHONE À LA MAISON :		TITRE DE L'EMPLOI :			VEUILLEZ EXPLIQUER :	
ADRESSE :		TÉLÉPHONE:				
		ADRESSE :				
ÉTAT CIVIL ( <i>facultatif</i> ) :					(Usage interne) MR# :	
PERSONNES À CHARGE DANS LE MÉNAGE, si votre conjoint vit dans le ménage, veuillez l'inclure dans la liste ci-dessous.		RELATION	DATE DE NAISSANCE	√ SI VIT DANS LA MAISON	√ SI RÉCLAMÉ SUR LES TAXES/IMPÔ TS	(Usage interne) MR#

Êtes-vous revendiqué en tant que personne à charge par une autre personne?    Oui            Non	Si oui, Nom du contribuable :	Relation avec le contribuable :
--	-------------------------------	---------------------------------

\* Les comptes ne seront admissibles à ce programme que si la date de la demande d'aide financière est dans les 240 jours suivant la date du premier relevé de chaque compte en question.

REVENUS BRUTS DU MÉNAGE MENSUELS	POSTULANT	COPOSTULANT		POSTULANT	COPOSTULANT
TRAITEMENTS ET SALAIRES			MILITAIRE / PENSION		
DIVIDENDES / INTÉRÊTS / REVENUS LOCATIFS			PRESTATIONS DE CHÔMAGE		
INVALIDITÉ À COURT/LONG TERME			PENSION ALIMENTAIRE		
ENTREPRISE / TRAVAIL AUTONOME			AIDE TEMPORAIRE AUX FAMILLES NÉCESSITEUSES (TANF)		
REVENU DE SÉCURITÉ SOCIALE / RETRAITE			RÉMUNÉRATIONS (COACHING, PASTEURS, ETC.)		
SÉCURITÉ SOCIAL D'HANDICAP (SSDI)			LETTRE D'APPUI / AIDE DE FAMILLE ET D'AMIS		
INDEMNISATION D'ACCIDENTS DE TRAVAIL			AUTRES REVENUS :		
			<b>TOTAL :</b>	\$	\$

**SIGNATURES:**

--	--

PATIENT / POSTULANT

DATE

COPOSTULANT

DATE



Le contenu recueilli dans la partie inférieure de cette demande n'est pas utilisé dans le cadre du processus de demande d'aide financière. Bien que cette section ne soit pas obligatoire, elle est utilisée pour déterminer l'admissibilité à d'autres sources de paiement.

ACTIFS DU MÉNAGE		DÉPENSES/OBLIGATIONS MENSUELLES	PAIEMENTS MENSUELS	SOLDE DÛ
ARGENT		PAIEMENT DE LOYER/HYPOTHÈQUE		
COMPTE CHÈQUE		AUTRE PAIEMENT D'HYPOTHÈQUE		
COMPTES ÉPARGNE		PRÊTS ÉTUDIANTS OU PERSONNELS		
VALEUR D'ASSURANCE VIE		COMPTES DE REDEVANCES		
SOLDE DE RENTES VIAGÈRES		PRESCRIPTIONS, FATURES MÉDICALES		
VALEUR D' ACTIONS ET D'OBLIGATION		SERVICES, TÉLÉPHONE, CÂBLE		
PROPRIÉTÉ, ANNÉES DE PROPRIÉTÉ		ÉPICERIE		
VÉHICULES (ANNÉE/MARQUE)		AUTRES DÉPENSES :		
AUTRES VALEURS DE VÉHICULE		<b>TOTAL :</b>	\$	\$
VALEUR COMMERCIALE		<b>INFORMATION D'ASSURANCE</b>		
AUTRES ACTIFS :		QUELQU'UN DU MÉNAGE A-T-IL DEMANDÉ DES SERVICES DE GARDE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS? _____		
<b>TOTAL :</b>	\$	SI OUI: JOINDRE LA COPIE DE LA LETTRE DE DÉTERMINATION		
		Est-ce que tous les membres du ménage ont une assurance? O / N SI OUI, L'ASSURANCE EST-ELLE UNE PLACE DE MARCHÉ? O / N		

**SIGNATURES:**

--	--

PATIENT / POSTULANT

DATE

COPOSTULANT

DATE

L'aide financière est le dernier recours et les règlements de responsabilité doivent être résolus avant que l'aide financière soit prise en compte.

## Instructions et formulaire d'application financière

Merci d'avoir demandé une demande d'aide financière à Northern Light Health. Il y a certaines choses que nous devons avoir avant qu'une décision puisse être prise. Votre demande doit être complète, avec tous les membres de votre ménage inclus. Une preuve de revenu pour tous les membres du ménage doit également être fournie. Les patients seront aidés à demander une couverture d'assurance accessible/MaineCare et/ou des opportunités de tiers. Vous devez être un résident du Maine pour être admissible ; les non-résidents seront pris en considération pour les soins urgents et urgents seulement. Remplissez la feuille de travail ci-dessous pour savoir ce que nous attendons de vous.

**✓ Tout ce qui s'APPLIQUE À TOUS LES MEMBRES DE VOTRE FOYER**

SI QUELQU'UN EST...

☑ BOITE À COCHER VOUS DEVEZ FOURNIR DES COPIES DE :

Salaire d'un employeur		Les derniers talons de paie ou de rapport détaillé de votre paie de chaque travail montrant le salaire brut des 13 dernières semaines ou 12 derniers mois.
Revenus de location		Déclaration de profit et perte des 13 semaines ou 12 mois.
Travailleur autonome		Déclaration de profit et perte des 13 semaines ou 12 mois.
Une personne sans emploi qui touche des prestations de chômage		Rapport hebdomadaire démontrant votre revenu brut sur 13 semaines. Pour demander une lettre, composez le 1-800-593-7660 ou visiter le site : <a href="https://gateway.maine.gov/dol/webinq/">https://gateway.maine.gov/dol/webinq/</a> .
Allocations de pension alimentaire, de pension alimentaire pour enfant ou militaires		Lettre de versement des indemnités ou des 13 dernières semaines ou des 12 derniers mois indiquant un revenu / paiement brut.
Réception de prestations d'indemnisation		Des prestations d'indemnisation ou une lettre démontrant votre revenu des 13 dernières semaines ou 12 derniers mois.
Réception de prestations d'invalidité de longue/courte durée		Prestations ou lettre d'octroi démontrant le revenu brut des 13 dernières semaines. (Lettre de confirmation si en attendant d'une invalidité)
Réception de revenu de sécurité sociale ou d'invalidité (SSI/SSDI)		Lettre d'octroi de l'année en cour. Vous pouvez demander une copie de votre lettre de prestation en appelant le 877-405-1448.
Dividendes, intérêts, redevances de successions ou de fiducies		13 dernières semaines ou 12 derniers mois montrant un revenu / paiement brut.
Retraité et recevant des prestations de retraite		Lettre de prestation ou déclaration (si 401K, IRA, etc...) montrant le revenu brut des 13 dernières semaines.
Réception de TANF ou de paiements d'assistance générale		Lettre de décision du Ministère de la Santé (DHHS).
Sans travail, mais des amis ou des membres de votre famille vous aident		Produire une lettre expliquant l'appui que vous recevez, signée par la personne qui fournit l'appui.

*Veuillez fournir des copies des états financiers comme indiqué ci-dessus, les originaux ne seront pas retournés.*

Pour être pris en considération pour une aide financière, les patients seront aidés à demander une couverture d'assurance accessible/MaineCare et/ou des opportunités de tiers

**Appliquer pour MaineCare.** Contactez votre bureau local du Ministère de la Santé (DHHS) au 1-800-442-6003 ou visitez le <https://www1.maine.gov/benefits/account/login.html>.

**Remarque :** Veuillez nous prévenir et nous remettre une copie de la lettre de détermination une fois reçue si vous avez récemment appliqué auprès du DHHS.

*\* Vous pourriez toujours y avoir droit en vertu d'une franchise (« spenddown »). si le DHHS vous refuse pour cause de revenu,*

\* Votre demande doit être signée et datée.

\* Si vous avez des questions sur le processus de candidature, veuillez appeler le numéro de téléphone indiqué sur votre facture.

\* Si vous ne fournissez pas les informations requises, votre demande sera retardée ou refusée.

\* Adresses postales d'application:

**Northern Light Acadia Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-866-750-5001 or 207-973-5000

**Northern Light Inland Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
207-861-3055

**Northern Light AR Gould Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
207-768-4277 or 207-768-4481

**Northern Light Maine Coast Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
207-664-5495

**Northern Light Blue Hill Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-866-750-5001 or 207-973-5000

**Northern Light Mayo Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-866-750-5001 or 973-5000

**Northern Light CA Dean Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-866-750-5001 or 207-973-5000

**Northern Light Mercy Hospital**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-800-293-6553 or 207-553-6209

**Northern Light Eastern Maine Medical Center**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-866-750-5001 or 207-973-5000

**Northern Light Sebecook Valley Health**

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412  
1-800-557-8578 or 207-487-4020