

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 - Optional</i>)	DDN (<i>DOB Optional</i>) :	DATE D'EMBAUCHE :			DERNIÈRE DATE DE TRAVAIL: _____	
CELLULAIRE/TÉLÉPHONE À LA MAISON :		TITRE DE L'EMPLOI :			VEUILLEZ EXPLIQUER :	
ADRESSE :		TÉLÉPHONE:				
		ADRESSE :				
ÉTAT CIVIL :					(Usage interne) MR# :	
PERSONNE PROCHE/COPOSTULANT		INFORMATION SUR L'EMPLOI			SANS EMPLOI ?	
NOM :		NOM DE L'EMPLOYEUR :			JAMAIS TRAVAILLÉ : _____	
NAS (<i>Optional</i>)	DDN (<i>Optional</i>)	DATE D'EMBAUCHE :			DERNIÈRE DATE DE TRAVAIL: _____	
CELLULAIRE/TÉLÉPHONE À LA MAISON :		TITRE DE L'EMPLOI :			VEUILLEZ EXPLIQUER :	
ADRESSE :		TÉLÉPHONE:				
		ADRESSE :				
ÉTAT CIVIL :					(Usage interne) MR# :	
PERSONNES À CHARGE DANS LE MÉNAGE					√ SI RÉCLAMÉ SUR LES TAXES/IMPÔTS	(Usage interne) MR#
RELATION		DATE DE NAISSANCE	√ SI VIT DANS LA MAISON			
DATE DE NAISSANCE	RELATION					

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 :		
			TOTAL :	\$	\$

SIGNATURES:

--	--

PATIENT / POSTULANT	DATE	COPOSTULANT	DATE
---------------------	------	-------------	------

Les renseignements recueillis dans la partie inférieure de cette postulation ne seront pas utilisés dans le cadre du processus d'application de SOINS GRATUITS. Ils sont seulement utilisés pour déterminer votre 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		TOTAL :	\$	\$
VALEUR COMMERCIALE		INFORMATION D'ASSURANCE		
AUTRES ACTIFS :		QUELQU'UN DU MÉNAGE A-T-IL DEMANDÉ DES SERVICES DE GARDE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS? _____		
TOTAL :	\$	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	Déclaration de profit et perte des 13 semaines ou 12 mois.
Travailleur autonome	<input type="checkbox"/>	Déclaration de profit et perte des 13 semaines ou 12 mois.
Une personne sans emploi qui touche des prestations de chômage	<input type="checkbox"/>	Rapport hebdomadaire démontrant votre revenu brut sur 13 semaines. Pour demander une lettre, composez le 1-800-593-7660 ou visiter le site : https://gateway.maine.gov/dol/webing/ .
Allocations de pension alimentaire, de pension alimentaire pour enfant ou militaires	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	Prestations ou lettre d'octroi démontrant le revenu brut des 13 dernières semaines. (Lettre de confirmation si en attendant d'une invalidité)
Réception de revenue de sécurité sociale ou d'invalidité (SSI/SSDI)	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	13 dernières semaines ou 12 derniers mois montrant un revenu / paiement brut.
Possession un compte chèque ou d'épargne	<input type="checkbox"/>	Les relevés bancaires des 13 dernières semaines
Retraité et recevant des prestations de retraite	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	Lettre de décision du Ministère de la Santé (DHHS).
Sans travail, mais des amis ou des membres de votre famille vous aident	<input type="checkbox"/>	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 demandées, 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 AR Gould Hospital

140 Academy St, Presque Isle, ME 04769
207-768-4099 or 207-768-4481

Northern Light Blue Hill Hospital

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

Northern Light CA Dean Hospital

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

Northern Light Eastern Maine Medical Center

Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412
1-866-306-7633 or 207-973-5000

Northern Light Inland Hospital

200 Kennedy Memorial Drive, Waterville, ME 04901
207-861-3055

Northern Light Maine Coast Hospital

50 Union St, Ellsworth, ME 04605
207-664-5495

Northern Light Mayo Hospital

897 West Main Street, Dover-Foxcroft, ME 04426
207-564-1615 or 207-564-8401

Northern Light Mercy Hospital

144 State Street, Portland, ME 04101
1-888-399-6171 or 207-553-6209

Northern Light Sebecook Valley Health

Dow Building, 447 N Main St, Pittsfield, ME 04967
1-800-557-8578 or 207-487-4020