

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

## Application pour Aide financière

Pour usage de bureau seulement:

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

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 (SSN) :	DDN (DOB) :	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 :	DDN (DOB) :	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	
RELATION	DATE DE NAISSANCE	RELATION	DATE DE NAISSANCE	√ SI VIT DANS LA MAISON		(Usage interne) MR#

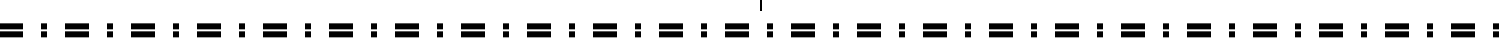
Êtes-vous revendiqué en tant que personne à charge par une autre personne? Oui                  Non	Si oui, Nom du contribuable :	Relation avec le contribuable :
--	-------------------------------	---------------------------------

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



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		<b>TOTAL :</b>	\$	\$
VALEUR COMMERCIALE		<b>INFORMATION D'ASSURANCE</b>		
AUTRES ACTIFS :		EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE DU MÉNAGE A POSTULÉ POUR DU MAINECARE DANS LES DERNIERS 3 MOIS ? _____		
<b>TOTAL :</b>	\$	SI OUI : JOIGNEZ UNE COPIE DE LA LETTRE DE LA DÉCISION		
		EST-CE QUE QUELQU'UN DE VOTRE MÉNAGE A DE L'ASSURANCE ? _____		
		SI OUI : JOIGNEZ UNE COPIE DE(S) CARTE(S)		

**SIGNATURES:**

--	--

PATIENT / POSTULANT DATE COPOSTULANT DATE

## Instructions et formulaire d'application financière

Merci de demander une demande d'aide financière à Northern Light Health. Il y a quelques choses que nous devons avoir avant qu'une détermination puisse être faite. Votre demande doit être complète et inclure tous les membres de votre ménage. Une preuve de revenu pour tous les membres du ménage doit également être fournie. Vous devrez peut-être faire une demande de parrainage par MaineCare ou par un tiers. Vous devez être un résident du Maine pour être admissible. Les non-résidents seront considérés pour les soins émergents et urgents uniquement. Remplissez la fiche de travail ci-dessous pour savoir ce dont nous avons besoin.

**SI QUELQU'UN EST... ✓BOITE À COCHER VOUS DEVEZ FOURNIR DES COPIES DE :**

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

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/webing/">https://gateway.maine.gov/dol/webing/</a> .
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.
Possession un compte chèque ou d'épargne		Les relevés bancaires des 13 dernières semaines
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.

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

Et si quelqu'un EST...

✓ BOITE

À COCHER, VOUS DEVEZ :

Moins de 21 ans.		<p><b>Appliquer pour MaineCare.</b> Contactez votre bureau local du Ministère de la Santé (DHHS) au 1-800-442-6003 ou visitez le <a href="https://www1.maine.gov/benefits/account/login.html">https://www1.maine.gov/benefits/account/login.html</a>.</p> <p>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.</p> <p><i>* Vous pourriez toujours y avoir droit en vertu d'une franchise (« spenddown »). si le DHHS vous refuse pour cause de revenu,</i></p>
65 ans ou plus		
Couramment enceinte ou avec enfant à la maison		
Aveugles ou handicapés		
Incapable de travailler pendant 12 mois en raison de problèmes médicaux		
Membre d'un programme de placement familial de moins de 26 ans.		

Votre demande sera retardée ou refusée si vous ne parvenez pas à fournir les renseignements demandés. Votre demande doit être également être signé et daté.

**Veillez appeler le numéro indiqué sur votre facture si vous avez des questions au sujet du processus d'application.**

