

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 (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 | | RELATION | DATE DE NAISSANCE | √ SI VIT DANS LA MAISON | √ SI RÉCLAMÉ SUR LES TAXES/IMPÔ TS | (Usage interne) MR# |
| RELATION | DATE DE NAISSANCE | | | | | |
| 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 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.

✓ 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. |

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

* 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.

