

Sélection et demande d'aide financière

Veuillez répondre à toutes les questions au mieux de vos connaissances. **Veuillez joindre tous les documents justificatifs.**

Informations pour les patients

Nom du patient	Date de naissance
Parent ou tuteur légal	Date de naissance
Adresse actuelle	
Téléphone portable	Téléphone professionnel/domestique
Adresse électronique	

Êtes-vous actuellement sans domicile fixe ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle est votre adresse postale préférée ? _____

Membres du ménage

Qui vit dans votre maison ? (Veuillez indiquer le nom du conjoint et de tous les enfants. Les noms complets, les dates de naissance, les numéros de sécurité sociale et les liens de parenté entre les membres du ménage sont requis.)

Nom	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale	Relation	Citoyen américain (oui/non)	Assurance active (Nom de la couverture et numéro d'identification)

Y a-t-il quelqu'un dans le ménage à qui ces situations pourraient s'appliquer ?

Êtes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non Date d'échéance _____

Avez-vous servi dans l'armée ? ☐ Oui ☐ Non

Emploi

Les personnes qui travaillent doivent présenter les talons de leurs chèques de paie des 45 derniers jours. L'exercice d'une activité indépendante nécessite la déclaration d'impôt de l'année précédente et les annexes correspondantes.

Nom	Nom de l'employeur ou de l'entreprise	Heures travaillées par semaine	Quelle est la fréquence de votre rémunération ?

Revenu supplémentaire

Tous les revenus doivent être dûment justifiés. Exemples : lettre d'attribution de la sécurité sociale, chèque ou relevé de pension, relevé de chômage avec dates.

Revenu	\$ Montant Mensuel	Revenu	\$ Montant Mensuel
Chômage		Dates de chômage	
Sécurité Sociale		Revenu agricole	
Invalidité SSI		Intérêts/dividendes	
Pensions		Pension alimentaire perçue	
Pension alimentaire reçue		Revenus locatifs	
Indemnisation des travailleurs		Autres	

Dépenses du ménage/prêts

Type de dépenses	\$ Montant Mensuel	Type de dépenses	\$ Montant Mensuel
Hypothèque/Location		Garde d'enfants	
2 ^{ème} hypothèque immobilière		Alimentation/épicerie	
Pension alimentaire que vous payez		Assurance médicale	
Câble		Paieement de la voiture	
Électrique/Gaz		Autres	
Téléphone/Téléphone portable		Autres	

Actifs

Type d'actif	Valeur/Équilibre
Compte de chèques	
Compte d'épargne	
401K/IRA	
Police d'assurance-vie	

A noter : Tous les formulaires d'assistance financière soumis à Covenant HealthCare dans l'intention de demander des prestations couvriront UNIQUEMENT les frais d'hospitalisation et autres services professionnels fournis par les médecins de Covenant HealthCare. Les frais de chambre privée ou autres frais personnels ne sont pas couverts par le programme d'assistance financière de la Convention. Les frais liés aux interventions esthétiques ne sont pas couverts par le programme d'assistance financière de Covenant HealthCare.

J'affirme que les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques, complètes et correctes :

Signature du demandeur

Date

Signature du conjoint

Date

Représentant autorisé/POA

Date