

Veillez remplir entièrement le formulaire. Si cela ne s'applique pas à vous, écrivez "SO". Joindre des pages supplémentaires au besoin. *

INFORMATIONS DE FILTRAGE

Avez-vous besoin d'un interprète ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez la langue préférée :
Le patient a-t-il déposé une demande pour Medicaid ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient reçoit-il des services publics d'État tels que le programme d'aide temporaire aux familles nécessiteuses (TANF), Basic Food (alimentation de base) ou WIC ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient est-il actuellement sans-abri ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les besoins médicaux du patient sont-ils liés à un accident de voiture ou à un accident de travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VEUILLEZ NOTER

- Nous ne pouvons pas garantir que vous serez admissible à une aide financière, même si vous faites une demande.
- Une fois que votre demande est soumise, nous pouvons vérifier toutes les informations et demander des informations supplémentaires ou une preuve de revenu.
- Dans les 14 jours civils suivant la réception de votre demande et de votre documentation, nous vous informerons si vous êtes admissible à une aide.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PATIENTS ET CANDIDATS

prénom	2 ^{ème} prénom		nom de famille
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	Date de naissance		# de Compte
La personne assurant les factures	Relation avec le patient	Date de naissance	# de sécurité sociale
Adresse postale			Numéro (s) de contact principal () _____ () _____ Adresse e-mail :
Ville	Etat	Code postal	
Statut d'emploi de la personne assurant les factures <input type="checkbox"/> Employé (date d'embauche : _____) <input type="checkbox"/> Chômeurs (depuis combien de temps : _____) <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre (_____)			

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Énumérez les membres de votre ménage, y compris vous-mêmes. "La famille" comprend les personnes liées par la naissance, le mariage ou n vivant dans le même ménage.

TAILLE DE LA FAMILLE Joindre une page supplémentaire au besoin

Nom	Date de naissance	Relation avec le patient	Si 18 ans ou plus : Nom (s) de l'employeur source de revenu	Si 18 ans ou plus : Total mensuel brut revenu (avant impôts) :	Déposant également une demande d'aide ?
					Oui/Non
					Oui/Non
					Oui/Non
					Oui/Non

Veillez indiquer l'emplacement de l'établissement que vous avez reçu :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hôpitaux MultiCare Puget Sound | <input type="checkbox"/> Hôpitaux MultiCare Inland Northwest | <input type="checkbox"/> Woodcreek Pediatrics (Pédiatrie) |
| <input type="checkbox"/> Cliniques MultiCare Puget Sound | <input type="checkbox"/> Cliniques MultiCare Rockwood | <input type="checkbox"/> ABC Clinics (Cliniques ABC) |
| | | <input type="checkbox"/> Olympic Sports and Spine |

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE - CONFIDENTIEL

(suite)

RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU

REMARQUES - : Vous devez joindre à votre demande, une preuve de revenu.

Vous devez fournir des informations sur votre revenu familial. Les sources de revenus comprennent, par exemple :

- Le salaire - Indemnité de chômage - Travail autonome - Indemnisation des accidents du travail - Prestation d'invalidité - SSI (Allocation supplémentaire de revenu de sécurité) - Pension alimentaire pour enfants/époux
- Programme études-travail (étudiants) - Pension - Allocations de compte de retraite - Autre (*veuillez expliquer*)

La vérification du revenu est requise pour déterminer l'aide financière.

Tous les membres de famille âgés de 18 ans ou plus doivent déclarer leur revenu. Si vous n'êtes pas capable de fournir de documentation, vous pouvez soumettre une déclaration écrite et signée décrivant votre revenu. Veuillez fournir une preuve pour chaque source de revenu identifiée.

Les exemples de preuve de revenu comprennent :

- Une déclaration de retenue "W-2" ; ou
- Relevés de paie actuel (3 mois) ; ou
- La déclaration de revenus de l'année précédente, y compris les annexes, le cas échéant ; ou
- Déclarations écrites et signées d'employeurs ou d'autres personnes ; ou
- Approbation/refus d'éligibilité à l'indemnisation du chômage.

Si vous n'avez aucune preuve de revenu ou aucun revenu, veuillez joindre une page supplémentaire avec une explication.

RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES

Veuillez joindre une page supplémentaire s'il existe d'autres informations sur votre situation financière actuelle que vous aimeriez partager avec nous, telles que des difficultés financières, un revenu saisonnier ou temporaire, ou une perte personnelle.

ACCORD PATIENT

Je comprends que MultiCare Health System (Système de santé MultiCare) peut valider les informations par la vérification des informations de crédit et l'obtention des informations d'autres sources pour aider à déterminer l'éligibilité à l'aide financière ou aux plans de paiement.

J'affirme que les informations ci-dessus sont vraies et correctes au meilleur de mes connaissances. Je comprends que si l'information que je fournis est fautive, le résultat sera le refus de l'aide financière, et je serai responsable de payer pour les services fournis.

Signature of du Candidat _____ Date _____