

Demande d'aide financière pour les établissements situés en Utah, Idaho et Nevada

Renvoyer les informations à :

COURRIER : Aide financière

PO Box 27327

Salt Lake City, Utah 84127

FAX : 385-831-2890

COURRIEL : financial.assistance@r1rcm.com

Instructions pour remplir ce formulaire :

Veillez remplir ce formulaire dans son intégralité et renvoyer tous les documents requis à l'établissement Intermountain dans lequel vous avez été soigné ou avec l'une des méthodes de contact indiquées ci-dessus afin que votre demande soit traitée. Vous pouvez également soumettre votre demande en ligne via MyChart. Aucune aide financière ne sera accordée aux personnes qui n'auront pas terminé le processus de demande.

Veillez fournir les documents suivants :

1. Demande d'aide financière : dûment remplie, signée et datée.
2. Vérification du revenu actuel du foyer indiquée ci-dessous.

Numéro de compte	Taille actuelle du foyer	Êtes-vous sans domicile ? Dans quel État habitez-vous ? Oui _____ Non _____	
Prénom et nom de famille _____		N° de la sécurité sociale _____	Date de naissance _____
État civil : _____ Courriel : _____ N° téléphone _____		Adresse _____	
Ville/Comté _____		État _____ Code postal _____	
Employeur _____		N° téléphone professionnel _____	

Depuis combien de temps êtes-vous employé par cet employeur ? _____ Années _____ Mois

Périodicité de la paie (veuillez l'indiquer) Hebdomadaire _____ Toutes les deux semaines _____ Deux fois par mois _____ Mensuelle _____

Depuis combien de temps vivez-vous à cette adresse ? _____ Années _____ Mois Si **moins de trois mois**, veuillez indiquer l'adresse précédente :

Adresse	Ville	État	Code postal	Depuis (mois/année)	À (mois/année)

Nom de l'époux/épouse _____	N° de la sécurité sociale de l'époux/épouse _____	Date de naissance de l'époux/épouse _____
N° téléphone fixe de l'époux/épouse _____ N° téléphone portable de l'époux/épouse _____		
Nom de l'employeur de l'époux/épouse _____ N° téléphone professionnel _____		
Depuis combien de temps êtes-vous employé par cet employeur ? _____ Années _____ Mois		
Périodicité de la paie (veuillez l'indiquer) Hebdomadaire _____ Toutes les deux semaines _____ Deux fois par mois _____ Mensuelle _____		

Membres du foyer/personnes à charge supplémentaires. Ajoutez un enfant à naître, le cas échéant. Veuillez ajouter toute personne à charge supplémentaire sur un formulaire séparé. (Les membres du foyer doivent correspondre au nombre indiqué dans la question sur la taille du foyer ci-dessus)

Nom et prénom	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale	Lien de parenté

Revenu mensuel actuel brute du foyer

Type	Montan t du patient	Montan t de l'époux/ épouse	Autre adulte Membres du foyer	Type de revenu vérification requise
Revenu de l'emploi (brut)	\$	\$	\$	<i>Copie du dernier bulletin de paie _ d'une lettre de votre(vos) employeur(s) indiquant le revenu brut du mois dernier ou du mois en cours</i>
Revenu du travail indépendant (brut)	\$	\$	\$	<i>Relevé des pertes et profits ou des registres comptables du mois précédent ou du mois en cours. Déclaration d'impôts actuelle, le cas échéant.</i>
Pension, retraite, allocation de la sécurité sociale	\$	\$	\$	<i>Copie de la ou des lettres <u>les plus récentes</u> d'attribution des versements de pension, des versements des comptes de retraite, etc. affichant le revenu mensuel.</i>
Chômage, allocation d'invalidité, etc.	\$	\$	\$	<i>Copie de la ou des lettres d'attribution <u>les plus récentes</u></i>
Autre (Veuillez indiquer la (les) source(s)) _____	\$	\$	\$	<i>Ex : Pourboires, primes et commissions</i>

Questions supplémentaires : Répondre à ces questions permet de garantir que le traitement de votre demande ne sera pas retardé par la nécessité d'obtenir des informations complémentaires.

	Oui	Non
Est-ce que vous ou un membre de votre foyer bénéficiez d'allocations publiques ? (par exemple, bons alimentaires, WIC ou repas gratuits ou à prix réduit)	☐	☐
Recevez-vous actuellement ou prévoyez-vous de recevoir des soins dans un centre de cancérologie d'Intermountain Health ?	☐	☐
Est-ce que vous ou un membre de votre foyer avez actuellement une assurance maladie ?	☐ Si oui, veuillez indiquer le nom de votre compagnie d'assurance _____	☐
Est-ce que vous ou l'un des membres actuels de votre foyer avez fait une demande d'assurance Medicaid, Medicare, CHIP ou CHP+ ? <i>Si oui et si la demande a été refusée, veuillez fournir la lettre de refus.</i>	☐ Si oui, veuillez indiquer la date à laquelle vous avez fait la demande._ _____	☐
Est-ce que l'une de vos factures médicales de l'un de nos établissements est liée à un accident de voiture ou de travail ?	☐ Si oui, veuillez indiquer la compagnie d'assurance. _____	☐
Êtes-vous inscrit à un régime Medical Healthshare ou à un régime de partage des coûts ?	☐ Si oui, veuillez fournir une explication du partage (EOS) _____	☐
Y a-t-il une personne actuellement enceinte dans votre foyer ?	☐ Qui est enceinte dans votre foyer ? _____ Date d'accouchement prévue ?	☐

--	--	--

Nous demandons aux patients qui demandent une aide financière de rechercher également d’autres financements. Veuillez cocher « Oui » ou « Non ».

- Votre employeur vous rembourse-t-il les frais de franchise ou de soins de santé ? ____ Oui ____ Non
- Avez-vous fait une demande pour d’autres programmes d’aide de l’État tels que Crime Victims ? ____ Oui ____ Non

Si nécessaire, utilisez l’espace ci-dessous pour expliquer de manière plus détaillée la raison pour laquelle vous demandez une aide financière. Vous pouvez joindre une feuille séparée si vous avez besoin de plus d’espace. Une vérification supplémentaire peut être nécessaire.

Je déclare par la présente que les informations fournies dans ce document sont, à ma connaissance, véridiques et exactes. Je comprends que si je fournis des informations trompeuses ou fausses afin d’obtenir une aide financière auprès d’Intermountain Health, la demande sera refusée et cela pourra avoir une incidence sur les futures demandes d’aide. Je comprends qu’Intermountain Health exige une vérification des revenus avant de prendre une décision.

Signature du demandeur/de la demanderesse _____ Date _____

Liste de contrôle de toutes les informations requises pour terminer le processus de demande :

- ☐ Demande d’aide financière dûment remplie, signée et datée.
- ☐ Vérification des revenus du foyer.