

Demande d'aide financière

Instructions : Veuillez remplir tous les champs ci-dessous. Si un élément n'est pas applicable, veuillez écrire « s. o. ». Joindre des photocopies, si applicables à votre situation actuelle, de : 1. Le(s) talon(s) de chèques de paye le(s) plus récent(s) reflétant vos revenus sur l'année écoulée ; 2. Votre déclaration d'impôts la plus récente, y compris les pièces jointes ; 3. Lettre de vérification de la sécurité sociale (ou d'admissibilité) ou un relevé bancaire (virement direct) ; 4. Lettre d'attribution d'allocations de chômage ; 5. Carte d'or (Gold card) du Système de santé Harris (Harris Health System). Les chômeurs et personnes à charge pour leurs revenus et / ou frais de subsistance sont priés de joindre une lettre de soutien et une copie de la déclaration d'impôt, si elles sont citées en tant que personnes à charge sur la déclaration de revenus (income tax return). Si vous avez des questions ou avez besoin d'une aide supplémentaire pour remplir ce formulaire, veuillez contacter le Centralized Business Office au 877-493-3228 du lundi au vendredi de 7h00 à 19h00 et le samedi de 8h00 à midi.

Veuillez renvoyer le formulaire dûment rempli et les documents justificatifs à n'importe quel interlocuteur Patient Access, par fax au (832) 667-5995 ou par email à Houston Methodist, Centralized Business Office, à l'attention de : Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, Texas 77450.

NOM DU PATIENT (EN TOUTES LETTRES) _____ QUATRE DERNIERS CHIFFRES DU NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE _____

NOM DE L'ÉPOUX/ÉPOUSE/PARENT/TUTEUR (EN TOUTES LETTRES) _____ NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE _____

ADRESSE DU DOMICILE _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE _____ DATE DE NAISSANCE _____ SITUATION MATRIMONIALE _____

SERVICE(S) REQUIS : _____

NUMÉRO DE COMPTE : _____ DATES DU SERVICE: _____

Nombre d'enfants de moins de 18 ans vivant dans le foyer : _____ Noms des personnes à charge

Parenté directe

Beaux-fils, belles-filles

Pas de parenté

Tuteur de

Patient

Employeur _____

- Employé à plein temps
- Employé à temps partiel
- Sans emploi/à la retraite/invalide
- Dans l'incapacité de reprendre le travail
- Femme au foyer

Époux, épouse/Autre

Employeur _____

- Employé à plein temps
- Employé à temps partiel
- Sans emploi/à la retraite/invalide
- Dans l'incapacité de reprendre le travail
- Femme au foyer

REVENU FAMILIAL TOTAL* \$ _____/mois (JOINDRE À VOTRE DEMANDE UNE (DES) PREUVE(S) DE VOS REVENUS)

** Veuillez inclure tous les salaires, revenus agricoles ou de travailleur indépendant, aide publique, sécurité sociale, allocations de chômage, indemnités salariales, de retraite, indemnités de grève, pension alimentaire, pension alimentaire pour enfants, allotissements militaires, pensions, revenus issus de dividendes, intérêts, revenus locatifs issus des biens immobiliers et autres sources de revenus divers.*

Je certifie que les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et exactes. Il est entendu qu'un défaut de fournir toutes les informations demandées ci-dessus peut être considéré comme entraînant une disqualification vis-à-vis de toute aide financière en vertu du Programme. En outre, je procéderai, le cas échéant, à une demande d'aide gouvernementale, je prendrai les mesures nécessaires aux fins d'obtenir cette aide, et je préviendrai HM du résultat de ma demande. Je (nous) donne (donnons) mon (notre) consentement à HM pour l'obtention d'informations de la part de n'importe quelle source afin de vérifier la validité des déclarations que je (nous) viens (venons) de faire.

(Signature du patient/demandeur)

(Date)