

# Formulaire de demande d'aide financière

## SECTION 1 : INFORMATIONS DU PATIENT

Imprimez votre nom complet, votre adresse au moment où vous avez reçu un service médical et d'autres informations notées dans cette section.

Numéro de compte \_\_\_\_\_ Date (s) du service \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_

FAMILLE

PRÉNOM

INITIALE MILIEU

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Comté : \_\_\_\_\_  
NUMÉRO ETRUE

Province de résidence : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ État Civil :  Célibataire  Marié  Divorcé

N° de téléphone principal : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  Domicile  Mobile  Travail  Autre \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Assurance maladie à la date de la prestation :  Sans assurance  Medicare  Medicaid \_\_\_\_\_  Autre

## SECTION 2 : REVENU FAMILIAL ET ACTIFS

Fournissez un revenu pour vous-même, votre conjoint et tous les autres membres de la famille (le cas échéant).

Source de revenu	Total des 3 mois avant le service	Total pour 12 mois avant le service
Salaires/Travail indépendant	\$ _____	\$ _____
Sécurité sociale	\$ _____	\$ _____
Pension, dividendes, intérêts, revenus de location	\$ _____	\$ _____
Chômage, indemnisation d'accidents du travail	\$ _____	\$ _____
Pension alimentaire pour enfant (uniquement si le patient est le)	\$ _____	\$ _____
Autre	\$ _____	\$ _____

Total net des actifs (actif - dette) à la date d'application : \$ \_\_\_\_\_

## SECTION 3 : INFORMATIONS FAMILIALES ET REVENUS

Liste de tous les membres de famille de votre ménage et leur date de naissance.

Veillez fournir les informations suivantes pour toutes les personnes de votre famille immédiate qui vivent dans votre maison. Aux fins de HCAP, la famille est définie comme le patient, le conjoint du patient et tous les enfants du patient de moins de 18 ans (naturels ou adoptifs) qui vivent au domicile du patient. Si le patient a moins de 18 ans, la famille comprendra le patient, le (s) parent (s) naturel ou adoptif du patient et le (s) parent (s) enfants de moins de 18 ans (naturels ou adoptifs) qui vivent au domicile du patient.

Nom des membres de la famille, y compris le patient	Date de naissance	Lien avec le patient
1. Patient	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____

Par ma signature ci-dessous, je certifie que tout ce que j'ai déclaré sur cette demande et sur les pièces jointes est vrai.

Signature de la partie responsable : x \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Par ma signature ci-dessous, je certifie que j'ai vérifié et approuvé cette application.

Signature du Directeur général de l'hôpital : x \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Veillez envoyer la demande remplie à : [Penn State Hershey Rehabilitation Hospital](#)