DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Hôpital Bucyrus • Hôpital Galion • Avita Ontario • Médecins d'Avita

Nom du demandeur _____
Nom *Prénom* *Initiale du second prénom*

Adresse postale _____

Ville_____ État_____ Code postal_____ Téléphone _____

*Date(s) de soins _____

Numéro(s) de compte _____

1. Le ou les patients sont-ils citoyens des États-Unis ? ◯ Oui ◯ Non
2. Le ou les patients résidaient-ils dans l'État de l'Ohio au moment des soins ? ◯ Oui ◯ Non
3. Le ou les patients étaient-ils bénéficiaires actifs de Medicaid au moment des soins ? ◯ Oui ◯ Non
   Si oui, indiquez le ou les numéros d'identification Medicaid : _____
4. Le ou les patients disposaient-ils d'une assurance maladie (autre que Medicaid) au moment des soins ? ◯ Oui ◯ Non
   Si oui, précisez le nom de la compagnie d'assurance : _____

Veuillez renseigner toutes les informations requises concernant le demandeur ainsi que toutes les personnes résidant dans le même foyer.

Nom complet	Date de naissance	Lien avec le demandeur	Revenu brut total		
			Source de revenu *(ex. : emploi, SSI, pension alimentaire pour enfants, pension alimentaire pour conjoint)*	Revenus sur les 3 mois précédant la date de soins la plus ancienne	Revenus sur les 12 mois précédant la date de soins la plus ancienne

Si vous déclarez un revenu nul (0 $) ou très faible, fournir une brève explication ci-dessous sur la façon dont vous répondez à vos besoins de base en matière de vie, y compris les personnes qui fournissent un abri, de la nourriture, le transport, les services publics, les vêtements et la durée de soutien de cette personne et/ou de l'organisme(s).

REVENU de (tous les membres du foyer)
Veuillez cocher toutes les cases applicables **

- ☐ Bulletins de salaire récents et formulaires W2 de l'année précédente
- ☐ Attestation de la sécurité sociale / pension / prestations d'invalidité,
- ☐ Indemnités de chômage
- ☐ Revenus issus d'une activité indépendante
- ☐ Pension alimentaire (enfant ou conjoint)
- ☐ Autre : _____

ACTIFS LIQUIDES (de tous les membres du foyer)
Veuillez cocher toutes les cases applicables **

- ☐ Espèces
- ☐ Relevés de comptes courants ou d'épargne
- ☐ Autre : _____

***** Si vous cochez une case, vous devez fournir les documents justificatifs correspondants***

Veuillez retourner ce formulaire accompagné des pièces justificatives à l'adresse suivante :

Avita Health System
Attn: Patient Services
269 Portland Way S
Galion, OH 44833
Fax : 419-462-4582
Pour toute assistance, veuillez appeler : 419-468-0512

Je reconnais que toute fausse déclaration volontaire ou toute omission d'information dans cette demande peut entraîner des poursuites judiciaires pour fraude. En signant ce formulaire, j'autorise la divulgation de toutes les informations nécessaires à l'évaluation de mon admissibilité, y compris, sans s'y limiter : la vérification de mon adresse, une enquête de solvabilité par un bureau de crédit national, une évaluation de mes actifs par l'administration fiscale du comté, ainsi que la vérification de l'ensemble des prestations indiquées.

Signature _____ **Date** _____

**Les demandes peuvent être soumises jusqu'à 240 jours après la date d'émission du premier relevé de facturation.*