

Nom du patient (nom, prénom, initiale du 2e prénom)		Numéro de Sécurité sociale	
Adresse du patient		Ville	État
			Code postal
		Statut marital :	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)
Date de naissance (mois/day/année)	Numéro de téléphone		
		Nom de l'époux/épouse _____	
Employé(e) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Employé(e) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Employeur du patient _____	Employeur de l'époux/épouse _____		
N° de téléphone _____	N° de téléphone _____		

Autres comptes Baylor Scott & White Health de votre ménage dont le solde reste impayé (veuillez préciser le NOM du patient, sa DATE DE NAISSANCE et le NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)

En cas de chômage, veuillez indiquer le nom et le numéro de téléphone de l'employeur précédent

A. Revenus : veuillez indiquer les revenus de chacune des personnes composant le ménage.	
Patient <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel - heures/semaine = _____ _____ \$ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> 2 sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An _____ \$ Revenus supplémentaires Époux/Épouse <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel - heures/semaine = _____ _____ \$ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> 2 sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An _____ \$ Revenus supplémentaires Total des revenus du ménage \$ _____	Veuillez remplir uniquement si le patient est mineur (sinon, ne pas remplir) Père du patient <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel - heures/semaine = _____ _____ \$ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> 2 sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An _____ \$ Revenus supplémentaires Mère du patient <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel - heures/semaine = _____ _____ \$ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> 2 sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An _____ \$ Revenus supplémentaires Total des revenus du ménage \$ _____

B. Vérification des revenus : veuillez fournir les documents de vérification (*envoyez uniquement des photocopies, pas les originaux*) de toutes les sources de revenus du ménage (voir la liste des documents acceptés ci-dessous). Cochez les documents joints :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Remise de chèque de paie | <input type="checkbox"/> Confirmation écrite de l'employeur | <input type="checkbox"/> Enquête de crédit (remplie par BSWH) |
| <input type="checkbox"/> Formulaire W-2 de l'IRS | <input type="checkbox"/> Déclaration d'impôts | <input type="checkbox"/> Aide gouvernementale (bons alimentaires, CDIC, Medicaid, TANF) |
| <input type="checkbox"/> Relevés bancaires | <input type="checkbox"/> Autre (précisez ci-dessous) | <input type="checkbox"/> Avis de paiement de la Sécurité sociale, d'indemnités d'accident du travail ou des allocations-chômage |

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir l'un des documents de sources de revenus ci-dessus, veuillez expliquer le motif :

C. Membres du ménage : veuillez indiquer le nombre total de personnes composant le ménage du patient. (Ce nombre doit uniquement inclure le patient, l'époux/épouse du patient et les personnes à charge du patient)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
--	---

D. Actifs et autres ressources :		
Possédez-vous des actifs ou d'autres ressources ? (Par exemple, des comptes d'épargne, fiducies, actions, obligations, comptes de retraite, fonds communs, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez le montant disponible : \$ _____
Détenez-vous une assurance médicale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, dressez la liste des établissements fournisseurs : _____
Possédez-vous un compte épargne santé ou un compte gestion santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez le montant disponible : \$ _____

Je comprends que Baylor Scott & White Health (« BSWH ») peut vérifier les informations financières contenues dans la présente Demande d'aide financière (la « Demande ») dans le cadre de l'étude par BSWH de cette Demande et, en signant ce document, j'autorise mon employeur ou toute autre personne mentionnée sur cette Demande à certifier ou fournir des renseignements supplémentaires relatifs aux informations fournies dans cette Application. J'autorise également BSWH à demander des rapports auprès des agences d'évaluation du crédit et au centre de gestion de la Sécurité sociale. J'atteste que les déclarations faites dans la présente demande sont véridiques et correctes, à ma connaissance, et sont faites en toute bonne foi. Je reconnais que toute déclaration inexacte ou falsification des informations dans cette Demande peut entraîner le refus de l'aide financière.

Je comprends également que certains médecins et fournisseurs peuvent ne pas être employés par BSWH. Je comprends que je peux recevoir des factures distinctes de ces fournisseurs et que la présente demande d'aide financière ne s'appliquera pas à ces sommes dues.

Signature du patient ou de la partie responsable	Nom (en caractères d'imprimerie)	Date
--	----------------------------------	------

For Hospital Use Only		
<input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.	_____ Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative	_____ Date
Notes Regarding Income Verification/Number in the Household: _____ _____		
<input type="checkbox"/> Patient is part of community care program Program Name _____		

Cher patient/garant,

Dans le cadre de sa mission visant à servir la communauté, Baylor Scott & White Health fournit une aide financière aux personnes qui remplissent certains critères de revenu. Votre coopération nous permettra de disposer des informations nécessaires pour traiter votre demande. Afin de déterminer si vous pouvez prétendre à une aide financière, veuillez nous fournir les pièces suivantes :

Preuve de revenus

La vérification des revenus est obligatoire pour le patient et son époux/épouse, le cas échéant, ou le(s) parent(s) du patient si celui-ci est mineur. Veuillez fournir une photocopie d'au moins l'une des pièces suivantes (répertoriées par ordre de préférence) : un formulaire IRS W-2, les déclarations de revenus et d'impôts, la remise de chèque de paie, la déclaration d'impôts personnelle, la preuve de la participation à un programme d'aide gouvernemental, tel que les bons alimentaires, CDIC, Medicaid ou TANF, une lettre de l'employeur confirmant l'emploi et une déclaration des prestations de Sécurité sociale basées sur le revenu, le versement d'indemnités d'accident du travail, l'avis de paiement de l'allocation-chômage ou des relevés bancaires. Si vous n'êtes pas en mesure de fournir l'un des documents de sources de revenus ci-dessus, veuillez en expliquer le motif dans votre demande.

Factures de soins impayées

Une photocopie de toutes les factures de soins Baylor Scott & Bill impayées. Les factures de soins qui pourront être prises en compte sont notamment des factures de médecin, des factures de radiologie, des factures d'autres établissements, des factures d'anesthésiste, etc. Les factures de soins de prestataires autres que BSWH pourront être prises en compte à condition qu'elles s'appliquent à un épisode de soins survenu aux mêmes dates de prestation.

Demande d'aide financière remplie

Une demande d'aide financière remplie est obligatoire pour que vous soyez pris(e) en compte dans le cadre d'une aide financière. Veuillez vous assurer de remplir la totalité du formulaire, y compris la « Section C : membres de la famille », comme suit :

- Si le patient est mineur : Inclure le patient, la mère et le père du patient, les personnes à charge de la mère et du père du patient.
- Si le patient est adulte : Inclure le patient, l'époux/épouse du patient (le cas échéant) et d'éventuelles personnes à charge.

Vous ne recevrez pas d'autre notification. Vous devez renvoyer les informations indiquées ci-dessus, sinon nous ne pourrions pas retenir votre dossier au titre de l'aide financière et vous devrez verser un paiement. Si nous ne recevons pas les informations demandées pour l'aide financière ou un paiement, nous étudierons la transmission de votre dossier à un service de recouvrement ou, si votre dossier est déjà pris en charge par un service de recouvrement, il y restera. Cette action pourrait inclure la notification de votre dette aux sociétés de crédit. Une action rapide de votre part protégera votre cote de crédit.

Si vous avez des questions quelconques, veuillez contacter le Service Client au 1 800 994 0371, du lundi au vendredi, entre 8h00 et 17h00.

Veuillez renvoyer votre demande d'aide financière remplie et les pièces justificatives demandées à :

Baylor Scott & White Health
Attn : Financial Assistance
2001 Bryan Street Suite 2600
Dallas, TX 75201

Nous vous remercions de bien vouloir nous apporter une réponse rapide. L'envoi des documents demandés ci-dessus ne garantit pas l'accord de l'aide financière.

Cordialement,

Baylor Scott & White Health
Financial Assistance