

Nom du patient (nom, prénom, initiale du 2e prénom)		Numéro de Sécurité sociale	
Adresse du patient	Ville	État	Code postal
Date de naissance (mois/day/année)		Numéro de téléphone	
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 &amp; 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\*\*

<b>A. Revenus :</b> veuillez indiquer les revenus de chacune des personnes composant le ménage.		Veuillez remplir uniquement si le patient est mineur (sinon, ne pas remplir)	
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 _____ \$ <b>Revenus supplémentaires</b>	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 _____ \$ <b>Revenus supplémentaires</b>	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 _____ \$ <b>Revenus supplémentaires</b>	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 _____ \$ <b>Revenus supplémentaires</b>
<b>Total des revenus du ménage \$ _____</b>		<b>Total des revenus du ménage \$ _____</b>	

**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 :

<b>C. Membres du ménage :</b> 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"/>
--	---

<b>D. Actifs et autres ressources :</b>		
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
--	----------------------------------	------

<b>For Hospital Use Only</b>		
<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
<b>Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:</b>		
<input type="checkbox"/> Patient is part of community care program      Program Name _____		