

Veillez renvoyer le formulaire avec :

- 1. Les deux fiches de paie les plus récentes**
- 2. Les relevés bancaires les plus récents de tous vos comptes bancaires.**

Les informations doivent être fournies pour chaque parent/tuteur ayant la garde.

Merci

Demande d'aide financière type de l'État du Maryland

Nom du patient _____ *Date(s) du service* _____ *Compte n° : F* _____

Informations concernant le garant

Nom _____
Prénom Deuxième prénom Nom de famille

Numéro de sécurité sociale ____ - ____ - ____ État Civil : Célibataire Marié Séparé
Possède la nationalité étasunienne : Oui Non Résident permanent : Oui Non

Adresse personnelle _____ Téléphone _____

Ville État Code postal Pays

Nom de l'employeur _____ Téléphone _____

Adresse professionnelle _____

Ville État Code postal

Membres du foyer :

Nom Âge Relation

Nom Âge Relation

Nom Âge Relation

Nom Âge Relation

Nom Âge Relation

Nom Âge Relation

Avez-vous fait la demande d'une aide médicale pour le patient ? Oui Non

Si oui, à quelle date a été faite la demande ? _____

Si oui, quelle a été la décision ? _____

Recevez vous une aide quelconque de l'État ou du comté ? Oui Non

Renvoyer le formulaire à :

Mt. Washington Pediatric Hospital, 1708 W. Rogers Avenue, Baltimore, Maryland 21209

Att: V.P. Finance

I. Revenus familiaux

Énumérez la somme de vos revenus mensuels de toute origine. Il pourra vous être exigé de fournir des preuves de vos revenus, actifs et dépenses. Si vous n'avez pas de revenus, veuillez fournir une lettre de soutien de la personne qui vous fournit un logement et de la nourriture.

	Montant mensuel
Emploi	_____
Allocation vieillesse/retraite	_____
Allocation de sécurité sociale	_____
Allocation de l'assistance publique	_____
Allocation pour incapacité	_____
Allocation chômage	_____
Allocation d'ancien combattant	_____
Pension alimentaire	_____
Revenus provenant de la location d'un bien immobilier	_____
Allocation de grève	_____
Pension militaire	_____
Agriculteur ou travailleur indépendant	_____
Total	_____

II. Liquidités

	Solde actuel
Compte courant	_____
Compte d'épargne	_____
Actions, obligations, certificats de dépôts, ou marché monétaire	_____
Autres comptes	_____
Total	_____

III. Autres actifs

Si vous possédez l'un des éléments suivants, veuillez énumérer leur type et leur valeur approximative

Maison	Solde de crédit _____	Valeur approximative _____
Automobile	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Total		_____

IV. Frais mensuels

	Montant
Loyer ou mensualité prêt immobilier	_____
Charges	_____
Prêt(s) automobile	_____
Carte(s) de crédit	_____
Assurance automobile	_____
Assurance santé	_____
Autres dépenses de santé	_____
Autres dépenses	_____
Total	_____

Avez vous des factures médicales impayées ? Oui Non
Pour quel service ? _____

Si vous avez convenu d'un plan de paiement, quel est le montant du paiement mensuel ? _____

Si vous demandez que l'hôpital vous fournisse une aide financière supplémentaire, l'hôpital peut vous demander des informations supplémentaires afin de prendre une décision supplémentaire. En signant ce formulaire, vous certifiez que les informations fournies sont exactes et vous acceptez d'informer l'hôpital de tout changement des informations fournies dans les dix jours suivant ce changement.

Signature du garant

Date

Relation au patient