



## ***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