



SCL Health  
500 Eldorado Blvd. Bldg. 6 Suite 6300  
Broomfield, CO 80021-3408

Merci d'avoir choisi SCL Health pour vos besoins de soins de santé. Sisters of Charity of Leavenworth Health System est fier de prodiguer de soins de santé de haute qualité et abordables pour la communauté. Nous sommes là pour aider ceux qui ont besoin d'assistance financière et ceux qui auraient des questions ou qui ont besoin de conseils pour faire les choix appropriés en ce qui concerne leurs soins de santé ou ceux de leurs familles.

SCL Health a un programme pour aider les patients qui ont besoin d'une aide financière à payer tout ou partie de leurs factures. Si vous souhaitez présenter une demande dans le cadre de ce programme, veuillez remplir le formulaire de demande d'aide financière ci-joint.

Pour être en mesure de traiter votre demande, nous exigeons aussi des documents justificatifs. Une liste des documents requis peut être trouvée sur la page quatre (4). Ces informations doivent être reçues dans les 15 jours à compter de la date de cette lettre si elle est remise en mains propres. Si vous pensez que vous devez expliquer votre situation plus en détail pour obtenir un soutien financier, un espace supplémentaire a été prévu à la fin de ce formulaire.

Il est important que les formulaires de demande soient dûment remplis et retournés avec les documents requis. Sinon, le traitement de votre demande subira des retards et pourrait être rejetée. Les demandes reçues sans signature seront refusées.

Si pour une raison quelconque les informations ci-dessus ne peuvent être obtenues, appelez s'il vous plaît le Revenue Service Center au 303-813-5400 ou 1-866-665-2636 entre 8:00 et 16:30. Nous serons plus qu'heureux de vous aider.

Une fois qu'une décision a été prise concernant votre compte, vous serez informé par la poste des résultats de notre décision.

Cordialement,

Coordinateur financier  
SCL Health

# Formulaire de demande d'aide financière pour soins de santé

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom du patient \_\_\_\_\_ No de compte \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Comté \_\_\_\_\_

No de téléphone fixe \_\_\_\_\_ No de téléphone cellulaire \_\_\_\_\_ No de téléphone de bureau \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Célibataire     Marié/Vivant en couple     Divorcé/Séparé     Veuf/Veuve

Nom du responsable \_\_\_\_\_ Rapport \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

No de téléphone fixe \_\_\_\_\_ No de téléphone cellulaire \_\_\_\_\_ No de téléphone de bureau \_\_\_\_\_

Nom de l'épouse/époux \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

No de téléphone fixe \_\_\_\_\_ No de téléphone cellulaire \_\_\_\_\_ No de téléphone de bureau \_\_\_\_\_

Le (s) nom (s) et l'âge (s) de personnes à charge vivant avec vous dont vous êtes responsable. Veuillez inclure la date de naissance:

Nom	Âge	Date de naissance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

# Formulaire de demande d'aide financière

## REVENU:

Le revenu brut ajusté de l'année précédente déclaré aux autorités fiscales américaines IRS (figurant sur le formulaire 1040) \_\_\_\_\_

*Veillez donner des explications si vous n'avez pas envoyé une déclaration de revenus* \_\_\_\_\_

Employeur actuel \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

No de téléphone \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Durée de l'emploi \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois Mois à temps complet/ à temps partiel \_\_\_\_\_

Nombre d'heures de travail prévu par semaine \_\_\_\_\_

Si vous êtes sans emploi, mentionnez la date à laquelle votre chômage a débuté: \_\_\_\_\_ Est-ce que vous recevez des allocations de chômage Oui / Non \_\_\_\_\_

Si *OUI* – Date de début \_\_\_\_\_ Montant reçu par semaine \_\_\_\_\_

Employeur actuel de l'épouse/époux/personne proche \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

No de téléphone \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Durée de l'emploi \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois Mois à temps complet/ à temps partiel \_\_\_\_\_

Nombre d'heures de travail prévu par semaine \_\_\_\_\_

Si vous êtes sans emploi, mentionnez la date à laquelle votre chômage a débuté: \_\_\_\_\_ Est-ce que vous percevez des allocations de chômage Oui / Non \_\_\_\_\_

Si *OUI* – Date de début \_\_\_\_\_ Montant reçu par semaine \_\_\_\_\_

Revenu mensuel	Vous	Époux
Salaire brut		
Pension alimentaire / pension alimentaire pour enfants		
Sécurité sociale		
Indemnité chômage / accident de travail		
Retraite / Pension		
Intérêts / revenus de location		
Aide publique		
Autres		
Total mensuel		

Actifs	Valeur/Solde
Maison actuelle	
D'autres propriétés (investissement foncier, locatif, etc.)	
Véhicule(s)	
Placements - actions, obligations, fonds communs de placement, régimes 401K, plan d'épargne retraite personnel, rentes	
Compte d'épargne 1	
Compte d'épargne 2	
Compte d'épargne 3	
Autres	
Autres	

**(Office use only) Annual Total** \_\_\_\_\_

(Réservé à l'administration) Total annuel

# Formulaire de demande d'aide financière

## FRAIS

Nom du détenteur de prêt hypothécaire ou du propriétaire \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

	Paiement mensuel	Solde à découvert	Actuel Oui / Non
Hypothèque / Loyer			
HOA			
Assurance locataire			
Téléphone fixe			
Téléphone cellulaire			
Téléphone de bureau			
Électricité / gaz			
Eau			
Internet			
Câble / Satellite / Antenne			
Aliments			
Prêt auto			
Prêt auto			
Transportation – Essence			
Assurance vie			
Assurance maladie			
Assurance auto			
Factures médicales			
Ordonnances			
Soins à l'enfant			
Frais scolaires / prêts			
Pension alimentaire / pension alimentaire pour enfants			
Factures de carte de crédit			
Autres			
Autres			
Total mensuel			

**(Office use only) Annual Total** \_\_\_\_\_

(Réservé à l'administration) Total annuel

## Formulaire de demande d'aide financière

### AUTRES

Recevez-vous des bons alimentaires?  Oui  Non

Recevez-vous des prestations médicales?  Oui  Non

Si non, avez-vous fait une demande à Medicaid? \_\_\_\_\_ Date de la demande \_\_\_\_\_

Si les prestations ont été refusées, quelle raison a été donnée? \_\_\_\_\_

Date de rejet de la demande fait à Medicaid \_\_\_\_\_

Ce compte est-il le résultat d'une indemnité d'accident du travail et/ou d'une indemnité automobile  Oui  Non

Si oui – Vous êtes-vous assuré des services d'un conseiller juridique  Oui  Non

### DOCUMENTS EXIGÉS:

- Formulaire de demande rempli, signé et daté
- Copies des vos talons de paie des **3 derniers mois**, ainsi que ceux de votre épouse/époux/personne proche
- Relevés de compte des **3 derniers mois** (y compris comptes personnelles / d'épargne / professionnels, montrant le nom du propriétaire et du compte et numéro de compte
- Copie(s) des lettres de notification d'attribution – Chômage, Sécurité sociale, etc. montrant de la prestation mensuelle
- Pension alimentaire pour enfants / Pension alimentaire pour les enfants imposée par les tribunaux
- Copies des déclarations fiscales précédents (toutes les pages) doivent être soumises avec la présente demande. Les formulaires W2 ne sont pas acceptés.
- Si vous êtes sans emploi et / ou vivant en famille ou avec un/une ami(e), la page trois (3) «Frais» doit être rempli

### Si vous êtes sans emploi et vivant avec famille ou amis

La page trois (3) du formulaire de la demande doit être complétée et doit montrer ce que reflètent les relevés d'hypothèque / loyer mensuel, électricité / gaz et de câble. (Veuillez ne pas fournir de reçus)

### Si le demandeur ou l'époux est travailleur indépendant:

Une copie du livre d'affaires des trois (3) derniers mois est requise

### Non-résidents aux États-Unis

Fournir une copie de votre photo d'identité. Passeport, Visa, etc.

### Nous ne considérerons pas les formulaires qui sont incomplets.

### Votre signature est nécessaire pour remplir cette demande.

Ma signature atteste que les informations fournies sur ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes et véridiques. Je suis conscient du fait que le SCL Health System exige la vérification du revenu avant de prendre une décision. Je suis aussi conscient du fait que mon avoir peut être consulté, sans que je ne paie de frais, pour vérifier les informations ci-dessus.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Veillez utiliser l'espace ci-dessous si nécessaire:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OFFICE USE ONLY:**

Family Size\_\_\_\_\_ Income\_\_\_\_\_ Yearly Expenses\_\_\_\_\_ Poverty Level\_\_\_\_\_

Out Pt. Responsibility\_\_\_\_\_ In Pt. Responsibility \_\_\_\_\_ Clinic Responsibility\_\_\_\_\_ Level:\_\_\_\_\_

Special Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Financial Coordinator Name: \_\_\_\_\_  Approved  Denied

Decision Date \_\_\_\_\_

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION:**

Taille de la Famille\_\_\_\_\_ Revenu\_\_\_\_\_ Dépenses Annuelles\_\_\_\_\_ Niveau de Pauvreté\_\_\_\_\_

responsabilité du patient traité en ambulatoire\_\_\_\_\_ responsabilité du patient hospitalisé \_\_\_\_\_

Resp. Médicale\_\_\_\_\_ Niveau:\_\_\_\_\_

Remarques particulières : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du Coordinateur Financier: \_\_\_\_\_  Approuvé  Refusé

Date de Décision \_\_\_\_\_