

# Demande d'assistance financière pour les établissements du Colorado et du Montana

## Instructions pour remplir ce formulaire :

Pour que votre demande soit traitée, veuillez remplir tous les champs de ce formulaire et renvoyer l'ensemble de la documentation requise à l'établissement Intermountain où vous avez reçu des soins ou en utilisant l'une des méthodes de contact ci-dessus. Aucune assistance financière ne sera octroyée aux personnes qui n'ont pas terminé le processus de demande.

## Veuillez soumettre la documentation suivante :

1. Demande d'assistance financière : complètement remplie, signée et datée.
2. Vérification des revenus actuels du ménage indiqués ci-dessous.

Êtes-vous résident(e) du Colorado ?  Oui  Non  Non  
 Taille actuelle du ménage \_\_\_\_\_  
 Êtes-vous sans domicile fixe ?  Oui  Non  Non

Prénom et nom \_\_\_\_\_ Numéro de Sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Situation familiale : \_\_\_\_\_ Téléphone domicile \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Téléphone travail \_\_\_\_\_  
 Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur ? \_\_\_\_\_ Années \_\_\_\_\_ Mois  
 Fréquence de paie (veuillez indiquer) Hebdomadaire \_\_\_\_\_ Bihebdomadaire \_\_\_\_\_ Bimensuelle Mensuelle \_\_\_\_\_

Nom du/de la conjoint(e) \_\_\_\_\_ Numéro de Sécurité sociale du/de la conjoint(e) \_\_\_\_\_ Date de naissance du/de la conjoint(e) \_\_\_\_\_  
 Téléphone domicile conjoint(e) \_\_\_\_\_ Téléphone portable conjoint(e) \_\_\_\_\_  
 Nom de l'employeur du/de la conjoint(e) \_\_\_\_\_ Téléphone travail \_\_\_\_\_  
 Depuis combien de temps travaille-t-il/elle pour cet employeur ? \_\_\_\_\_ Années \_\_\_\_\_ Mois  
 Fréquence de paie (veuillez indiquer) Hebdomadaire \_\_\_\_\_ Bihebdomadaire \_\_\_\_\_ Bimensuelle Mensuelle \_\_\_\_\_

## Autres membres du ménage/Personnes à charge. Veuillez ajouter les personnes à charge supplémentaires sur un formulaire séparé si besoin.

Prénom et nom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Relation

## Revenu mensuel actuel du ménage

Type	Part du/de la patient(e)	Part du/de la conjoint(e)	Autre(s) adulte(s) membre(s) du ménage	Type de revenu Vérification requise
Salaires (bruts)	\$	\$	\$	Copie du dernier relevé de paie <u>ou</u> d'une(s) lettre(s) de votre/vos employeur(s) indiquant vos revenus bruts pour le dernier mois ou le mois en cours
Revenus de l'activité indépendante (bruts)	\$	\$	\$	Compte de résultat ou grands livres pour le mois précédent ou le mois en cours. Déclaration de revenus actuelle le cas échéant.
Pension, retraite, revenu de la Sécurité sociale	\$	\$	\$	Copie de la/des lettre(s) d'octroi, des versements de pension, des versements des comptes de retraite etc. <u>actuels</u> montrant le revenu mensuel.
Allocations chômage, handicap, etc.	\$	\$	\$	Copie de la/des lettre(s) d'octroi <u>actuelle(s)</u>
Autres (Veuillez préciser les sources) : _____	\$	\$	\$	Ex. : Pourboires, primes et commissions

Questions supplémentaires : Répondre à ces questions évite que le traitement de votre demande soit retardé pour demander un complément d'information.	Oui	Non
Est-ce qu'une personne de votre foyer est actuellement enceinte ?	<input type="checkbox"/> Si oui, de qui s'agit-il ? _____ Quelle est sa date d'accouchement ? _____	<input type="checkbox"/>
Fournissez-vous un soutien financier de 50 % ou plus à une personne vivant hors de votre foyer et qui pourrait être comprise dans le calcul de la taille de votre ménage (cette personne peut vivre dans un autre État/pays) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous ou d'autres membres de votre ménage recevez des aides publiques ? (p. ex. coupons alimentaires, WIC ou cantine gratuite ou à prix réduit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous ou d'autres membres de votre ménage bénéficiez d'une assurance maladie ?	<input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer le nom de votre compagnie d'assurance _____	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous ou l'un des membres de votre ménage avez fait une demande pour bénéficier de Medicaid, Medicare ou CHP+ ?	<input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer la date de votre demande _____	<input type="checkbox"/>
Est-ce que certaines de vos factures médicales émises par nos établissements sont liées à un accident de voiture ou du travail ?	<input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer la compagnie d'assurance _____	<input type="checkbox"/>
Participez-vous à un plan de partage des coûts ou des frais médicaux ?	<input type="checkbox"/> Si oui, veuillez fournir une description détaillée de la couverture	<input type="checkbox"/>

**Je certifie par la présente que toutes les informations fournies ci-dessus sont exactes et correctes, au meilleur de ma connaissance. Je comprends qu'Intermountain Health exige la vérification des revenus avant qu'une décision ne soit prise.**

**Signature du demandeur/de la demandeuse \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_**

**Liste de contrôle de toutes les informations requises pour achever le processus de demande :**

- Demande d'assistance financière complètement remplie, signée et datée.
- Vérification des revenus du ménage.