



Baylor Scott & White Health - Demande d'aide financière

Patient Account Number

Nom du patient/de la patiente (nom, prénom, initiale 2e prénom) Numéro de Sécurité sociale

Adresse du patient/de la patiente Ville État Code postal Comté

Statut marital : Marié(e) Célibataire Veuf/Veuve Séparé(e) Divorcé(e)

Date de naissance (mois/jour/année) Numéro de téléphone Nom de l'époux/épouse

Employé(e) Oui Non Employé(e) Oui Non

Employeur du patient/de la patiente Employeur de l'époux/épouse

N° de téléphone N° de téléphone

Les établissements BSWH dans lesquels vous avez été soigné(e) sont-ils les plus proches de votre résidence principale ?
Sinon, les établissements plus proches étaient-ils incapables de ou réticents à vous soigner ?

En cas de chômage, veuillez indiquer le nom et le numéro de téléphone de l'employeur précédent

A. Revenus : Veuillez indiquer les revenus de chacune des personnes composant le ménage.
Veuillez remplir uniquement si le patient/la patiente est mineur(e) (sinon, ne pas remplir)
Patient(e) Temps plein Temps partiel - heures/semaine = \$ H Sem. 2 sem. Mois An Revenus supplémentaires
Époux/Épouse Temps plein Temps partiel - heures/semaine = \$ H Sem. 2 sem. Mois An Revenus supplémentaires
Total des revenus du ménage \$ Total des revenus du ménage \$

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 :
Remise de chèque de paie Confirmation écrite de l'employeur Enquête de crédit (remplie par BSWH)
Formulaire IRS W-2 Déclaration d'impôts Aide gouvernementale (bons alimentaires, CDIC, Medicaid, TANF)
Relevés bancaires Autre (précisez ci-dessous) Lettres de décision de la Sécurité sociale, indemnités d'accident du travail ou 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 :

C. Personnes composant le ménage : Veuillez indiquer le nombre total de personnes composant le ménage du patient/de la patiente. (Ce nombre doit uniquement inclure le patient/la patiente, son époux/épouse et les personnes à sa charge.)

D. Actifs et autres ressources :
Possédez-vous des actifs ou d'autres ressources ? Oui Non Si oui, indiquez le montant disponible : \$
Avez-vous une assurance médicale ? Oui Non Si oui, dressez la liste des établissements fournisseurs :
Possédez-vous un compte épargne santé ou un compte gestion santé ? Oui 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 la présente Demande à certifier ou fournir des renseignements supplémentaires relatifs aux informations fournies dans la présente Demande. 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 à ma connaissance véridiques et correctes et établies en toute bonne foi. Je reconnais que toute déclaration inexacte ou falsification des informations dans la présente 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/de la patiente ou de la partie responsable Nom (en caractères d'imprimerie) Date

For Hospital Use Only
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
Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:
Patient is part of community care program Program Name First Statement Date: