



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Formulaire de Demande d'Assistance Financière

Hallmark Health est fier d'offrir les meilleurs soins à chaque patient. Hallmark Health propose, par le biais de son Dispositif d'Assistance Financière, une assistance financière aux patients qui ne sont pas en mesure de régler leurs soins d'urgence ou leurs soins médicalement nécessaires. L'Assistance Financière de Hallmark Health n'est pas destinée à couvrir des soins non urgents ou des soins qui ne sont pas liés aux urgences. Elle n'est pas non plus destinée à offrir des réductions des tickets modérateurs, des coassurances, ou des franchises.

Les patients qui en ont les moyens sont tenus de régler les services fournis par Hallmark Health. Cependant, une assistance financière vous est disponible. Les patients sont fortement encouragés à souscrire à tout dispositif public d'assurance santé, tels MassHealth ou le Réseau de Protection de la Santé, avant de faire une demande d'inscription au Dispositif d'Assistance Financière Hallmark Health. Ne pas souscrire à un dispositif d'assurance public dont vous êtes potentiellement éligible pourrait entraîner le retard ou le refus de votre souscription. Si vous avez besoin d'aide dans vos démarches de souscription aux dispositifs d'assistance gouvernementaux, prenez contact avec l'un des Conseillers Financiers Hallmark Health.

Pour être éligible aux dispositifs d'assistance financière, vous devez compléter entièrement ce Formulaire de Demande d'Assistance Financière.

Instructions pour remplir ce formulaire

Remplissez soigneusement ce Formulaire de Demande d'Assistance Financière et joindre des photocopies des documents ci-dessous pour chaque demandeur. A défaut de renvoyer tous les documents dans les 30 jours, votre demande sera refusée. Prenez soin de ne joindre que des photocopies des documents à fournir car malheureusement nous ne pourrions pas les retourner.

- Compléter chaque section du formulaire qui vous est applicable et prenez bien soin de signer l'attestation à la page 4.
- Inclure une photocopie de votre permis de conduire ou d'une autre pièce d'identité avec votre photo, ou des documents justifiant de votre adresse de résidence actuelle. Toute pièce doit mentionner votre nom et votre adresse actuelle.
- Joindre une copie de votre (vos) carte(s) d'assuré.
- Joindre un justificatif de revenus.
 - Inclure une copie de votre (vos) formulaire(s) W2(s) ou vos fiches de salaire les plus récents (4 si rémunération hebdomadaire, 2 si rémunération bi-hebdomadaire)
 - Si vous avez connu un changement de revenu récent, joindre des pièces telles qu'une attestation de chômage, des relevés bancaires/d'investissement, des attestations de soins longue durée, ou des relevés de rente et/ou de retraite.
- Si le patient est décédé, veuillez fournir une copie du certificat de décès et une lettre attestant de la situation de la succession.

Nos Conseillers Financiers :

Si vous avez besoin d'assistance pour remplir votre formulaire de demande, appelez le **781-338-7111** pour prendre rendez-vous avec l'un des Conseillers Financiers Hallmark Health. Les bureaux de nos conseillers se trouvent à l'Hôpital Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, au 1^{er} étage près de l'entrée Porter Street, et à l'Hôpital Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue à Medford, près des Services des Urgences.

Envoyez votre formulaire dûment rempli à :

Hallmark Health
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Section 1 : Renseignements sur le Patient

Nom du Patient :

Date de naissance du Patient :

N° SS du Patient :

N° de Tél. :

Adresse actuelle :

Ville :

Etat :

Code postal :

 Êtes-vous citoyen des Etats-Unis ? OUI NON

 Si NON, êtes-vous un résident permanent et légal des Etats-Unis ? OUI NON

Renseignements sur le Demandeur (si différent du Patient ci-dessus)

 Le demandeur est soit le patient, soit la **personne financièrement responsable** du patient.

Nom du Demandeur :

Adresse actuelle du demandeur :

Ville :

Etat :

Code postal :

N° de Téléphone du Demandeur :

Renseignements sur le Foyer du Demandeur

Enumérer toutes les personnes appartenant au foyer, leurs dates de naissance et leurs relations au demandeur. Une personne appartenant au foyer est un membre de votre famille ou une personne qui réside avec vous toute l'année en tant que membre de votre foyer et que vous déclarez en tant que dépendant sur votre déclaration des impôts.

1^{er} Membre du Foyer :

Date de Naissance :

Relation au Patient :

2^e Membre du Foyer :

Date de Naissance :

Relation au Patient :

3^e Membre du Foyer :

Date de Naissance :

Relation au Patient :

4^e Membre du Foyer :

Date de Naissance :

Relation au Patient :

5^e Membre du Foyer :

Date de Naissance :

Relation au Patient :

Section 2 : Renseignements sur l'Assurance Santé du Patient
 OUI NON Avez-vous fait une demande de Medicaid au cours des six (6) dernier mois ?

 OUI NON Avez-vous une demande de Medicaid en attente ou approuvée ?

 OUI NON Votre demande de Medicaid a-t-elle été refusée ?

 OUI NON Avez vous une assurance santé ?

Assurance santé primaire :

Nom de l'Assureur :

Adresse de l'Assureur :

Numéro de la Police :

N° de Groupe :

Nom du Souscripteur :

Date de naissance du Souscripteur :

Relation au Souscripteur :

Employeur du Souscripteur :

Date de prise d'effet :

Assurance santé complémentaire :

Nom de l'Assureur :

Adresse de l'Assureur :

Numéro de la Police :

N° de Groupe :

Souscripteur :

Date de naissance du Souscripteur :

Relation au Souscripteur :

Employeur du Souscripteur :

Date de prise d'effet :

Section 3 : Revenu Mensuel Brut et Actif

Veillez compléter cette section portant sur les revenus et les actifs du patient et de chaque membre du foyer indiqué dans la Section 1 et qui travaille. Indiquez le revenu brut, à savoir, le revenu avant les prélèvements pour impôts et contributions.

	Patient	1er Membre du Foyer	2e Membre du Foyer	3e Membre du Foyer	4e Membre du Foyer	5e Membre du Foyer
Traitements/salaires/pourboires						
Indemnités de chômage						
Retraite (sécurité sociale)						
Pension alimentaire						
Revenus de l'activité indépendante, après déduction des dépenses						
Revenus d'intérêts/dividendes						
Pension						
Epargne Retraite /Actions/Obligations						
Revenu locatif						
Revenus fiduciaires						
Indemnités Accident de Travail						
Pension Militaire						

Attestation de l'Absence de Revenus

OUI NON Si le revenu du foyer est zéro, y a-t-il quelqu'un qui vous soutient financièrement ?

Si vous avez répondu OUI et vous bénéficiez du soutien financier d'un tiers, veuillez les faire remplir et signer l'attestation ci-dessous.

(Nom du Patient) _____ ne dispose pas à l'heure actuelle de revenu. Je le/la soutiens avec de la nourriture, un logement et des vêtements au besoin. Je lui fournis également une aide financière pour un montant de \$ _____ en moyenne par mois.

Signature du pourvoyeur de soutien financier _____ Date _____

Actifs du Foyer

Indiquer ci-dessous toutes informations sur vos comptes courants or d'épargne.

Type de Compte	Banques	Solde à la date du :

Autres Actifs Comptables du Foyer

Indiquer toutes informations dont vous disposez pour les comptes suivants.

Type de Compte	Banques	Solde à la date du :
Actions/Obligations		
Certificats de dépôt		
Obligations d'Epargne US		
Compte Epargne Santé		
Certificats d'Epargne		
Clubs de Noël ou de Vacances		
Autres		

Section 4 : Dépenses médicales

Cette section peut ne pas vous être applicable. Veuillez compléter cette section si vous avez des dépenses médicales conséquentes. Indiquez toutes les dépenses encourues chez Hallmark Health et d'autres fournisseurs de soins. Des justificatifs pourraient vous être demandés mais ne sont pas obligatoires actuellement.

Nom du Fournisseur	Dépenses Médicales Totales	Quelle est la fréquence de cette dépense ?
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle

Section 5 : ATTESTATION– A SIGNER PAR TOUS LES DEMANDEURS

Tous les demandeurs **DOIVENT** signer l'attestation ci-dessous pour que leur demande puisse être prise en compte.

Je, soussigné, atteste que les informations indiquées sur ce formulaire sont vraies, exactes et complètes au mieux de mes possibilités et de mes connaissances et croyances. Je m'engage à notifier Hallmark Health de tout changement de revenus, de ressources financiers ou d'autres indications figurant sur ce formulaire qui pourrait affecter mon éligibilité à bénéficier d'une assistance financière de Hallmark Health. Je comprends que mon crédit et mes autres informations financières pourraient être contrôlés afin de vérifier cette attestation et mon éligibilité au dispositif. Je comprends que je dispose de trente (30) jours pour transmettre les justificatifs précis et nécessaires afin d'être pris en considération pour une réduction.

Les attestations frauduleuses du patient aux fins d'obtention d'une assistance financière seront transmises au Procureur de l'Etat du Massachusetts. Les patients qui falsifient la demande d'inscription au dispositif ne seront plus éligibles à bénéficier du dispositif et seront tenus de régler toutes les dépenses encourues pendant leur inscription au dispositif, rétroactivement au premier jour où ces dépenses ont été encourues sous ce dispositif.

Signature du Demandeur :

Date :

ATTESTATION – APPLICABLE UNIQUEMENT DANS LE CAS OU LE/LA CONJOINT(E) DU DEMANDEUR EN FAIT LA DEMANDE

Si le/la Conjoint(e) du Demandeur sollicite aussi une assistance financière, le/la Conjoint(e) du Demandeur doit également signer l'attestation ci-dessous pour être pris(e) en compte.

Je, soussigné, atteste que les informations indiquées sur ce formulaire sont vraies, exactes et complètes au mieux de mes possibilités et de mes connaissances et croyances. Je m'engage à notifier Hallmark Health de tout changement de revenus, de ressources financiers ou d'autres indications figurant sur ce formulaire qui pourrait affecter mon éligibilité à bénéficier d'une assistance financière de Hallmark Health. Je comprends que mon crédit et mes autres informations financières pourraient être contrôlés afin de vérifier cette attestation et mon éligibilité au dispositif. Je comprends que je dispose de trente (30) jours pour transmettre les justificatifs précis et nécessaires afin d'être pris en considération pour une réduction.

Les attestations frauduleuses du patient aux fins d'obtention d'une assistance financière seront transmises au Procureur de l'Etat du Massachusetts. Les patients qui falsifient la demande d'inscription au dispositif ne seront plus éligibles à bénéficier du dispositif et seront tenus de régler toutes les dépenses encourues pendant leur inscription au dispositif, rétroactivement au premier jour où ces dépenses ont été encourues sous ce dispositif.

Signature du/de la Conjoint(e) du Demandeur :

Date :