

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE / PROGRAMME D'ASSURANCE DES SOINS HOSPITALIERS (HCAP) / SOINS CHARITABLES

Nom du patient (Nom)	(Prénom)	(Initiale du deuxième prénom)	Numéro de compte
Adresse			Date de service —
Ville et État			Date de naissance du patient
Code postal	Numéro de téléphone		Numéro de sécurité sociale du patient
Les services étaient-ils couverts par une assurance maladie ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Étiez-vous résident de l'Ohio au moment du service ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Étiez-vous un bénéficiaire actif de Medicaid au moment de votre service hospitalier ? Si oui, indiquez le numéro de facturation du bénéficiaire : _____			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ces services sont-ils le résultat d'un accident de véhicule à moteur ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Veillez fournir les informations suivantes pour tous les membres de votre famille immédiate, y compris vous-même. Dans le cadre du programme HCAP, le terme « famille » regroupe le patient, le conjoint du patient (qu'il vive ou non au domicile du patient) et tous les enfants du patient âgés de moins de 18 ans (naturels ou adoptés) qui résident avec le patient.

Nom des membres de la famille	Âge	Relation avec le patient	Indiquez le nom des employeurs ou des sources de revenus	Date d'embauche/de début de tous les revenus	Revenus pendant 3 mois	Revenus pendant 12 mois
(patient)		moi-même				
Total :						

Joignez la vérification des revenus à cette demande. La vérification des revenus peut comprendre des fiches de paie ou d'autres documents contenant des informations sur les revenus pour la période appropriée (3 ou 12 mois avant le service hospitalier ou inclure 3 ou 12 mois de revenus actuels) :

*Si vous avez indiqué un revenu de 0,00 \$, expliquez comment vous avez subvenu à vos besoins. *Si vous ne travaillez plus, indiquez la date de votre dernier jour de travail.

Valeur des biens

Maison : Propriétaire Locataire Paiement mensuel : \$ _____

Solde du compte courant : \$ _____ Solde du compte d'épargne : \$ _____

Total des investissements : \$ _____ Description des investissements : _____

Valeur des autres biens : \$ _____ \$ _____ \$ _____

Description des biens (voiture, bateau, etc.) _____

Autres revenus : \$ _____ Description des autres revenus : _____

Dépenses mensuelles totales (paiement du loyer, des emprunts immobilier et automobile, des services publics, de l'alimentation, etc.) : \$ _____

Envoyez le formulaire de demande rempli à :

OhioHealth CBO Financial Assistance
P.O. Box 7527
ou par télécopie au : 614-566-6080
ou envoyez un courriel à : customercenter@OhioHealth.com

Pour obtenir davantage d'assistance, vous pouvez appeler le 614-566-1505 ou consulter un conseiller à un hôpital OhioHealth. Dublin, OH 43016

Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et exactes à ma connaissance. De plus, je demanderai et prendrai toutes les mesures raisonnables nécessaires pour obtenir de l'assistance (Medicaid, Medicare, assurance, etc.) pour payer mes frais hospitaliers. L'assistance financière est une ressource de dernier recours. Toute autre responsabilité ou tout autre payeur possible seront épuisés avant que l'assistance soit accordée.

Je comprends que cette demande (ou ce formulaire) est conçue pour que l'hôpital puisse déterminer si je suis admissible au programme HCAP ou à une assistance financière en fonction de critères définis. Si des informations que j'ai fournies s'avèrent inexactes, je comprends que l'hôpital pourra vérifier à nouveau ma situation financière et prendre les mesures appropriées. J'autorise OhioHealth à obtenir des informations financières d'autres sources, comme un rapport de solvabilité, une recherche de propriété et/ou des informations provenant d'une agence de recouvrement, le cas échéant.



Signature du demandeur : _____ Date : _____
Signature de l'intervieweur : _____ Date : _____