

Demande d'aide financière

Nom du patient (<i>nom, prénom</i>)		Numéro de sécurité sociale
Résidents de la Caroline du Sud : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pas		de visa de voyage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Citoyen américain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Numéro du dossier médical (usage interne seulement)

Patient ou partie responsable (si le patient est mineur)

Nom (<i>nom de famille, prénom</i>)		Numéro de sécurité sociale	Date de naissance (<i>mm, jj, aaaa</i>)
Adresse		Ville	État, Code postal
Numéro de téléphone	Taille du ménage (patient, conjoint et personnes à charge)		État matrimonial
Statut professionnel : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> AC (Anciens combattants) <input checked="" type="checkbox"/> Invalide			Nom de votre employeur
Années de service	Durée sans emploi (<i>mm, jj, aaaa</i>)	Salaire/Revenus	Êtes-vous déduit sur une autre déclaration de revenus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, veuillez fournir les déclarations de revenus des personnes à déduire)
Résidents de la Caroline du Sud : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pas		de visa de voyage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Citoyen américain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Conjoint(e)/Compagnon de vie

Nom (nom de famille, prénom)		Numéro de sécurité sociale	Date de naissance (<i>mm, jj, aaaa</i>)
Statut professionnel : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> AC (Anciens combattants) <input checked="" type="checkbox"/> Invalide			Nom de votre employeur
Années de service	Durée sans emploi (<i>mm, jj, aaaa</i>)	Salaire/Revenus	

Personnes légales à charge, telles que déduites de la déclaration des revenus (si plus de 4 personnes à charge, utiliser une page à part)

Nom (<i>nom de famille, prénom</i>)	Lien de parenté	Date de naissance (<i>mm, jj, aaaa</i>)

Questions posées concernant l'assujettissement

J'ai <input type="checkbox"/> fait une demande d'aide auprès des autorités fédérales et/ou des États pour une assistance médicale <input type="checkbox"/> vérifié mon admissibilité d'échange de soins de santé <input type="checkbox"/> Aucun des deux. Raison _____
J'ai une <input type="checkbox"/> poursuite <input type="checkbox"/> un règlement <input type="checkbox"/> une plainte pour blessure personnelle <input type="checkbox"/> une réclamation en responsabilité <input type="checkbox"/> une demande d'indemnisation <input type="checkbox"/> Aucun(e) Nom de l'avocat _____
Assurance disponible via : <input type="checkbox"/> Mon employeur <input type="checkbox"/> L'employeur de mon conjoint <input type="checkbox"/> Cobra <input type="checkbox"/> Aucun(e) Informations sur l'assurance _____
Avez-vous ou un membre de votre famille a-t-il fait une demande pour Medicaid au cours de ces 3 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Qui a fait la demande _____ Région dans laquelle la demande a été faite _____

Date de la demande _____ Nom du travailleur social _____

J'ai fait une demande de sécurité sociale pour personnes handicapées. Oui Non
 Si demande faite, statut : Refusée En appel Niveau de l'avocat En attente Approuvée
 Si votre demande a récemment abouti, veuillez joindre la lettre d'attribution de sécurité sociale actuelle ou la lettre de prestation et d'indemnité d'invalidité pour votre conjoint(e) et tout enfant.

Compte(s) en banque (par ex. 401k, 403b, marché monétaire, certificat de dépôt, actions, obligations, épargne, autres investissements)

Nom de l'entreprise	Type/valeur de compte	Nom de l'entreprise	Type/valeur de compte

Propriétaire

Type	Détail	Valeur estimée	Solde non payé
Résidence principale	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire		
Résidence secondaire/Maison de vacances			
Terrain (nombre d'hectares)			
Propriété de location			
Équipement commercial/Matériel agricole			
Autre(s)/Véhicule(s) de loisir			

Sources de revenus (fournir la documentation pour tous les points pertinents suivants)

Description des revenus	Source	Montant des revenus mensuels
Intérêt/Dividende		
Retraite		
Location/Propriétaire		
Investissements		
Indépendant (déclarations de revenus du particulier et de son entreprise obligatoires)		
Autre		

Attestation

Je comprends que cette demande ne s'applique qu'aux services fournis par Greenville Health System (GHS) et GHS Partners in Health, Inc. Elle ne concerne pas les services fournis par des tiers qui peuvent avoir contribué à mes soins. Je comprends que tous les services médicaux ne bénéficient pas d'une aide financière chez GHS.

GHS se réserve le droit d'annuler l'approbation d'une aide financière ou d'obtenir un remboursement ou des recouvrements alternatifs suite à la découverte de nouvelles informations, notamment une couverture d'assurance, un paiement effectué au demandeur, ou une plainte pour blessure personnelle du demandeur concernant des services reçus ou demandés. Tous les paiements que GHS aura reçus après attribution d'une aide financière entraînera la contre-passation des montants adaptés afin de régler le solde restant par auto paiement, sans créer de solde dû ni de solde de crédit.

Je certifie par la présente que les informations contenues dans cette demande sont à ma connaissance exactes et correctes. Je comprends que fournir des informations incorrectes peut entraîner le refus de cette demande. Si les informations fournies dans cette demande s'avéraient incorrectes à tout moment, l'aide financière qui m'est fournie par GHS pourrait être révoquée et je serais responsable du solde de compte d'origine. Je comprends également que si la moindre information que j'ai fournie venait à changer, j'aviserai Greenville Health System dans les plus brefs délais.

Signature du patient/de la partie responsable	Date (mm, jj, aaaa)
---	---------------------

Renvoyer la demande à :
 Financial Assistance (Aide financière)
 255 Enterprise Boulevard, Ste. 250
 Greenville, S.C. 29615