

Installation \_\_\_\_\_ Compte # \_\_\_\_\_

Nom de patient \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Statut matrimonial \_\_\_\_\_ Phone# \_\_\_\_\_

Adresse de patient \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_ Employeur du conjoint \_\_\_\_\_

**Membres de la famille** (Liste Conjoint et enfants à charge de moins de 18 ans, ou comme indiqué sur vos impôts et leur date de naissance):

<i>Nom</i>	<i>Date de naissance</i>	<i>Nom</i>	<i>Date de naissance</i>
1. _____	/ _____	4. _____	/ _____
2. _____	/ _____	5. _____	/ _____
3. _____	/ _____	6. _____	/ _____

**LES CANDIDATS DOIVENT SOUMETTRE TOUS LES DOCUMENTS REQUIS DANS LE MÊME ENVOI À :**

*Bon Secours Programme d'aide financière*

*P.O. Box 742431*

*Atlanta, GA 30374-2431*

S'il vous plaît répondez à chaque question et fournir les renseignements demandés

**PATIENTS NON ASSURÉS DOIVENT PARTICIPER AVEC NOTRE FOURNISSEUR D'ASSURANCE D'ADMISSIBILITÉ AVANT DE RECEVOIR UNE ASSISTANCE**

DÉCISIONS SERONT RESTITUÉES DANS LES 60 JOURS SUIVANT LA RÉCEPTION DE LA DEMANDE DÛMENT REMPLIE ET PARTICIPATION AVEC NOTRE FOURNISSEUR

Veuillez répondre à toutes questions ci-dessous	Si Oui, veuillez fournir ce qui suit pour chaque membre du ménage les prestations.
N'importe quel membre de votre famille est un <b>travailleur indépendant</b> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Remplissez le formulaire d'impôt incluant les taxes d'affaires de la dernière année d'imposition et le trimestre dernier dépôt annonce revenus pour le trimestre
Y a-t-il n'importe quel membre de votre ménage <b>employé</b> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	3 plus récents talons de chèque de paye ou une lettre signée de l'employeur
Y a-t-il n'importe quel membre de votre famille reçoivent des <b>prestations de chômage</b> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lettre de prestation ou imprimé de chômage extrait du site Web d'État
Y a-t-il n'importe quel membre de votre famille recevant la <b>sécurité sociale</b> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SS lettre de prestation ou relevé complet si le dépôt direct
L'un des membres de votre famille reçoivent une pension de <b>retraite ou retraite</b> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lettre de Pension/retraite ou un relevé complet si direct dépôt
L'un des membres de votre famille reçoivent des <b>prestations SNAP</b> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lettre de SNAP
L'un des membres de votre famille reçoivent une pension <b>alimentaire pour enfants</b> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	La Cour a ordonné le document ou la lettre du parent non gardien
Est-ce qu'un membre de votre ménage propres <b>biens de placement ou de location</b> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Contrat de location/documentation liste de montant de revenu
L'un des membres de votre ménage ont <b>d'autres sources de revenu</b> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Actions, obligations, biens supplémentaires de CD, etc.... Attachez l'instruction en cours
L'un des membres de votre ménage ont un <b>contrôle, d'épargne ou compte de placement sur le marché monétaire</b> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Attachez une copie complète de la déclaration actuelle de 30 jours pour chaque compte
<b>AUCUN REVENU:</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si votre foyer n'est vous demandez aucun revenu vous devez avoir la personne qui fournit à votre nourriture, abri, et dépenses quotidiennes signent ci-dessous et indiquent quel type d'assistance qu'ils fournissent	
<i>Je certifie que je (nom) _____ ( Numéro de téléphone) _____</i>	
<i>fournir la nourriture, des abris et dépenses quotidiennes pour le patient énumérés ci-dessus et/ou un</i>	
<i>revenu de \$ _____ Mensuel Aide fournie: _____</i>	
<i>Signature _____ Relation _____ Date _____</i>	

**Les candidats à un VISA doivent fournir une copie de toutes les assurances, financier, et/ou les informations de parrainage fournie pour obtenir le VISA.**

>>> Suite <<<



**BON SECOURS HEALTH SYSTEM  
DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE**

Nom de patient \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

**Liste de valeurs d'actifs personnels**

Revenu annuel du ménage \_\_\_\_\_ CD (valeur en espèces) \_\_\_\_\_

L'encaisse de l'Argent/Argent en banque/Cpte Épargne \_\_\_\_\_ Résidence principale (valeur en espèces) \_\_\_\_\_

Loyer mensuel \_\_\_\_\_ Autres biens immobiliers (valeur en espèces) \_\_\_\_\_

Paieement hypothécaire mensuel \_\_\_\_\_ 401k (valeur en espèces) \_\_\_\_\_

C'est un traitement pour ce service en raison d'un accident? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ (**Programme d'aide financière ne s'applique pas aux traitements associés aux accidents du travail, cosmétiques procédures forfaitaire, accidents ou autres traitements pour lesquels vous recevez une indemnité pour vos frais médicaux, de douleur et de souffrance et d'autres dommages**).

Vous avez une assurance maladie  OUI  NON (Si OUI, veuillez fournir plus d'informations ci-dessous)

1. Nom de l'assurance \_\_\_\_\_ Nom du titulaire de la politique \_\_\_\_\_ Politique # \_\_\_\_\_

2. Nom de l'assurance \_\_\_\_\_ Nom du titulaire de la politique \_\_\_\_\_ Politique # \_\_\_\_\_

Je demande par les présentes qui font de Bon Secours Health System Inc., une décision écrite de mon admissibilité à une aide financière. Je comprends que, si les informations dont je soumetts est considérée comme fausse, cette détermination peut entraîner un refus de ma demande et que je peux être tenu responsable pour les frais pour les services fournis. Je certifie que les renseignements ci-dessus sont vraies, complètes et exactes au meilleur de ma connaissance. Je reconnais qu'il est requis pour être considéré pour une aide financière de coopérer avec l'admissibilité du vendeur.

**Commentaires additionnels**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Signature du responsable:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Bon Secours Health System Inc., réserve le droit de valider l'information indiqué dans la demande d'aide financière, ces efforts visant à valider le revenu des particuliers ou d'absence de celui-ci, se déroulera de manière à maintenir la plus grande confidentialité et en aucun cas générer n'importe quel rapport de toute agence de bureau de crédit qui pourrait porter atteinte à la vie privée du requérant.

Si vous avez besoin d'aide, veuillez consulter un conseiller financier à l'hôpital Bon Secours le plus proche ou appelez notre service clientèle.

Local Richmond 804-342-1500  
Sans frais 877-342-1500  
Lundi au vendredi 08:30 à 01:00 h et 14:00 à 19:00