



Demande d'intervention du programme d'assistance financière
à l'hôpital (Hospital Financial Assistance Program)
P.O. Box 748733
Atlanta, Georgia 30374
Téléphone : 470-245-9998

INFORMATION DU PATIENT	Résident des États-Unis : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
-------------------------------	---

Numéro de dossier médical (medical record number, MRN) : _____ Nom de l'établissement : _____

Nom du patient _____ N° de sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____

Informations sur le GARANT et le CONJOINT	Marié(e) <input type="radio"/>	Divorcé(e) <input type="radio"/>	Séparé(e) <input type="radio"/>	Veuf (veuve) <input type="radio"/>	Célibataire <input type="radio"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Nom du garant : _____ N° de sécurité sociale : _____ Relation avec le patient : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Adresse du domicile : _____

N° de téléphone : (____) _____ Autre n° de téléphone : (____) _____

Employeur 1 : _____ Adresse : _____

Emploi : _____ Fonction : _____ Rémunération annuelle ou horaire : _____ Travail à temps plein, à temps partiel ou sans (entourer une option)

Employeur 2 : _____ Adresse : _____

Emploi : _____ Fonction : _____ Rémunération annuelle ou horaire : _____ Travail à temps plein, à temps partiel ou sans (entourer une option)

Nom du conjoint : _____ N° de sécurité sociale (SS) : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Employeur 1 : _____ Adresse : _____

Emploi : _____ Fonction : _____ Rémunération annuelle ou horaire : _____ Travail à temps plein, à temps partiel ou sans (entourer une option)

Employeur 2 : _____ Adresse : _____

Emploi : _____ Fonction : _____ Rémunération annuelle ou horaire : _____ Travail à temps plein, à temps partiel ou sans (entourer une option)

Personnes légalement à charge (uniquement les personnes à charge qui peuvent être déclarées sur votre formulaire fiscal fédéral)

Nom (prénom, autres prénoms, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aa)	Relation	
			Avez-vous fait une demande pour bénéficier de Medicaid ? Oui _____ Non _____
			Avez-vous droit à Cobra ? Oui _____ Non _____

Patrimoine et autres sources de revenus

Solde du compte courant (en \$) : _____ Nom de la banque : _____ Solde du compte épargne (en \$) : _____ Nom de la banque : _____

Solde du compte de placement à court terme (en \$) : _____ Nom de la banque : _____ Sécurité sociale (en \$) : _____ Pension mensuelle (en \$) : _____

Prestation compensatoire : _____ Pension alimentaire (en \$) : _____ Certificats de dépôt : _____

Tous les autres actifs, à savoir les actions, les obligations, etc. : Type : _____ Valeur (en \$) : _____

Recevez-vous des remboursements de prêts étudiants ? Oui ou Non (entourer une option) Montant du remboursement (en \$) : _____

Avez-vous fait faillite au cours des trois dernières années ? Oui ou Non (entourer une option) Si oui, indiquez la date : ____ / ____ / ____

Possédez-vous un bien locatif ? Oui ou Non (entourer une option) Si oui, quel revenu mensuel vous rapporte-t-il (en \$) ? _____ Valeur du bien (en \$) : _____

Le système de santé Wellstar (Wellstar Health System) s'engage à fournir une aide financière aux patients qui ont demandé des soins médicalement nécessaires aux Wellstar Hospitals, mais qui n'ont pas ou peu de moyens pour payer ces soins. Wellstar fournira des soins médicaux d'urgence à toutes les personnes, indépendamment de leur capacité à payer ou de leur admissibilité à son programme d'assistance financière (Financial Assistance Program).

Pour bénéficier d'une aide financière de l'hôpital Wellstar, vous devez fournir à Wellstar les informations nécessaires pour identifier et évaluer les autres sources de paiement ou les autres couvertures possibles par des programmes d'aide publics ou privés. Pour demander une aide financière, vous devez fournir :

Une demande en bonne et due forme :

Tous les demandeurs d'une aide financière doivent soumettre une demande signée, et complétée avec des informations justes et précises ; et prouver les revenus et le patrimoine du ménage en fournissant les documents suivants, selon le cas :
Formulaire 1040 le plus récent de l'administration fiscale des États-Unis (Internal Revenue Service, IRS)
ET IRS W-2/1099 (si applicable) émis au cours de l'année précédant la demande et correspondant au Formulaire 1040 de l'IRS

Les documents suivants en fonction de la situation financière ACTUELLE :

- Fiches de paie des trois derniers mois ou relevé de l'employeur renseignant les salaires bruts ET relevés bancaires des deux derniers mois pour chaque compte chèque, épargne, de placement à court terme ou autre compte bancaire ou d'investissement du ménage. Inclure toutes les pages, y compris les pages vierges. OU
- Formulaire 1040 le plus récent de l'IRS (y compris toutes les annexes) ET IRS W-2/1099 (si applicable) émis au cours de l'année précédant la demande et correspondant au Formulaire 1040 de l'IRS.

D'autres documents (selon le cas)

- Déclaration écrite pour les deux derniers mois renseignant tous les autres revenus (par exemple, indemnité de chômage, invalidité, retraite, prêts étudiants, lettre d'approbation du Bureau de la sécurité sociale, compte de résultats pour les demandeurs indépendants, documents de prestation compensatoire ordonnée par le tribunal, documents de pension alimentaire pour enfant ordonnée par le tribunal ou Benefit Card Activity Statement (TANF, relevé d'activité de la carte de prestations), etc. pour le ménage.
- Si chômeur depuis moins de 3 mois, notification de cessation d'emploi de l'employeur précédent.
- Si chômeur depuis plus de 3 mois, enquête sur les salaires (Department of Labor).
- Lettre de refus d'indemnisation de chômage.
- Preuves de la valeur des actifs, notamment les déclarations d'impôt foncier, les certificats de dépôt et les autres relevés d'investissement.
- Relevés de contribution des personnes qui versent des revenus ou une aide en nature au patient.
- Aucun ajout ou modification de texte n'est autorisée sur les documents.

Afin de traiter votre demande, nous devons recevoir ces informations dans les 30 jours. Les comptes admissibles à l'examen de leur dossier pour l'octroi d'une aide financière dans le cadre du programme d'assistance financière du système de santé Wellstar doivent avoir soumis une demande complète au moins 240 jours après la date de la première facture après la sortie de l'hôpital. Wellstar se réserve le droit de ne pas traiter votre demande d'intervention du programme d'assistance financière si vous ne complétez pas la demande en bonne et due forme. Vous pouvez contacter Wellstar pour toute question ou pour obtenir de l'aide concernant cette demande à l'adresse suivante :

Single Billing Office (SBO) Financial Assistance Program (FAP) Department, P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374, Numéro de fax : 770-792-1737, numéro de téléphone : 470-245-9998

Remarques :

Je demande à Wellstar de déterminer mon admissibilité à son programme d'assistance financière. Je comprends que les informations que je sou mets concernant mes revenus annuels et les membres de mon ménage doivent être vérifiées. Je comprends également que s'il apparaît que les informations que je sou mets sont fausses, l'aide financière me sera refusée. J'accepte en outre de me conformer à la procédure de demande et de sélection applicable à toute demande d'aide financière (à savoir Medicaid, Medicare, aide d'État (pour le cancer), réadaptation professionnelle, assurance, etc.) dont je pourrais bénéficier pour le paiement des frais engagés pour les soins reçus de Wellstar. Je coopérerai en effectuant toutes les démarches nécessaires pour obtenir une telle aide et je céderai ou paierai à Wellstar le montant reçu pour couvrir le coût des soins reçus de Wellstar. J'accepte de payer le solde éventuellement restant après déduction du montant accordé par le Programme d'aide financière. À défaut de paiement du solde, le montant accordé par le Programme d'aide financière pourra être repris au bénéficiaire. Une demande complète d'intervention du programme d'aide financière doit être complétée pour chaque garant.

J'atteste également que les informations fournies ci-dessus sont, à ma connaissances, véridiques et exactes.

Signature du garant : _____ Date : _____

Autres scénarios et documents acceptables à la place des documents demandés :

- Si le revenu de l'année en cours est inférieur à celui indiqué dans la déclaration de revenus, veuillez fournir deux mois de relevés bancaires (inclure toutes les pages) et trois mois de fiches de paie à la place de la déclaration de revenus.

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir une copie de la déclaration de revenus fédérale la plus récente, y compris tous les formulaires W-2, 1099 et toutes les annexes, vous pouvez fournir deux des preuves suivantes :

- Trois dernières fiches de paie (ou attestation de chômage) ET deux relevés bancaires à jour pour tous les comptes chèques, d'épargne et de placement à court terme (inclure toutes les pages).
 - Si des dépôts supplémentaires ont lieu sur le compte bancaire, vous devrez fournir des pièces justificatives pour ces dépôts, à savoir :
 - Pour les sommes reçues en don ou en prêt, une lettre du donneur ou du prêteur.
 - Pour un héritage, la lettre testamentaire qui mentionne le montant de la succession.
 - Pour les perceptions de l'IRA (compte individuel de retraite), 401k ou autres comptes de retraite, ou les ventes d'actions/obligations, un relevé de ce compte indiquant le montant versé.
 - Pour les assurances-vie, un relevé du compte d'assurance-vie indiquant la répartition.
 - Pour la vente d'une voiture, une copie de l'acte de vente.
 - Pour une pension alimentaire pour enfants, une copie du jugement de divorce mentionnant la pension alimentaire ordonnée.
 - Pour un emploi qui ne fournit pas de fiches de paie, une lettre de l'employeur (même s'il s'agit d'un ami ou d'un membre de la famille) indiquant le montant et la fréquence du salaire.
 - En cas de revenus nuls au cours des trois derniers mois, une lettre de la personne qui vous aide, ainsi qu'une enquête sur les salaires menée par le ministère du Travail (Department of Labor) si vous avez un numéro de sécurité sociale.
-
- Autres situations :
 - Le patient est un parent vivant avec des enfants, et ceux-ci déclarent leur parent comme personne à charge sur leur déclaration de revenus.
 - Fournissez vos relevés bancaires, vos fiches de paie et la lettre de l'enfant dont vous êtes à charge.
 - Le patient est sans domicile fixe.
 - Fournissez l'enquête sur les salaires ; ou
 - En cas de paiement du salaire en espèces, fournissez votre déclaration de revenus, accompagnée d'une lettre de la personne avec qui vous résidez.
 - Le patient ou le demandeur est âgé de moins de vingt et un ans et est enregistré comme personne à charge sur la déclaration de revenus d'une autre personne.
 - Fournissez la déclaration de revenus et les formulaires W-2 et 1099, y compris toutes les annexes pour vos parents.
 - Si les parents n'ont pas produit de déclarations de revenus, fournissez les relevés bancaires et les fiches de paie des parents.