



**WellStar Health System**  
**Demande au titre du Programme d'aide**  
**financière pour les hôpitaux**  
*Date de révision : 21/06/2016*

LD-24-01-IA4F French Rev 6/16  
 P.O Box 670747  
 Marietta, Georgia 30066  
 Téléphone : 770-792-1791

**INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT** Résident des États-Unis  Oui  Non

Numéro de compte : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS RELATIVES AU GARANT ET AU CONJOINT** Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Lien avec le patient : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Adresse du domicile : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Autre téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Employeur : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone professionnel : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Salaire annuel ou horaire : \_\_\_\_\_ Travail à temps plein ou à temps partiel (encercler la réponse adéquate)  
 Nom du conjoint : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Employeur : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone professionnel : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Salaire annuel ou horaire : \_\_\_\_\_ Travail à temps plein ou à temps partiel (encercler la réponse adéquate)

**Personnes à charge (énumérer seulement les personnes à charge fiscalement reconnues au niveau fédéral).**

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Lien de famille
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Avez-vous fait une demande au titre de Medicaid ?  
 Oui  Non

Êtes-vous admissible à Cobra ?  
 Oui  Non

**Actifs et autres sources de revenus**

Compte courant \$ \_\_\_\_\_ Nom de la banque : \_\_\_\_\_ Compte épargne \$ \_\_\_\_\_ Nom de la banque : \_\_\_\_\_  
 Retraite mensuelle \$ \_\_\_\_\_ Sécurité sociale \$ \_\_\_\_\_ Compte de retraite individuel (IRA) \$ \_\_\_\_\_ Certificat de dépôt \$ \_\_\_\_\_ Pension alimentaire \$ \_\_\_\_\_  
 Percevez-vous des remboursements de prêt étudiant ? Oui ou Non (encercler la réponse adéquate) Remboursements aux étudiants \$ \_\_\_\_\_  
 Pension compensatoire \$ \_\_\_\_\_ Propriétaire foncier : Oui ou Non (encercler la réponse adéquate) Valeur \$ \_\_\_\_\_ Tous autres actifs, c'est-à-dire actions, obligations, 401K \$ \_\_\_\_\_  
 Êtes-vous propriétaire de biens locatifs ? Oui ou Non (encercler la réponse adéquate) Si oui, quel en est le revenu mensuel : \$ \_\_\_\_\_ Quelle est la valeur de la propriété ? \$ \_\_\_\_\_  
 Avez-vous déposé votre bilan durant les 3 dernières années ? Oui ou Non (encercler la réponse adéquate) Si oui, précisez la date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Avez-vous des actions ou des obligations ? Oui ou Non (encercler la réponse adéquate) Si oui, quelle en est la valeur ? \$ \_\_\_\_\_

WellStar Health System s'engage à fournir une aide financière aux patients qui ont sollicité des soins médicaux indispensables dans les Hôpitaux WellStar mais qui ont des moyens limités ou nuls pour payer de tels soins. WellStar fournira des soins médicaux d'urgence à toutes les personnes, quelle que soit leur capacité à payer ou leur admissibilité à son Programme d'aide financière.

Pour être admissible à l'aide financière pour un hôpital WellStar, il est nécessaire de coopérer avec WellStar afin d'identifier et de déterminer les sources alternatives de paiement ou de couverture de la part de programmes de paiement publics ou privés. Pour être admissible à l'aide financière, les éléments suivants sont nécessaires :

**Informations de la demande :**

- Présenter une demande véridique, exacte, signée et complétée d'aide financière ; et**
- Tous les candidats à l'Aide financière doivent fournir une preuve des revenus du foyer et des actifs du foyer en fournissant tout ou partie des éléments suivants le cas échéant :**

Fournir tout ou partie des éléments suivants si vous ne pouvez pas fournir une copie de votre dernière Déclaration de revenus fédérale :

- Fournir les fiches de paie des trois (3) derniers mois ou une déclaration de l'employeur confirmant les salaires bruts ; ou
- le W-2 de l'IRS émis au cours de l'année écoulée ; ou
- le dernier formulaire 1040 de l'IRS ; ou
- les deux (2) derniers mois de relevés de comptes pour tous les comptes courants, comptes d'épargne, comptes de dépôt du marché monétaire ou autre compte bancaire ou d'investissement ; ou
- des déclarations écrites pour les deux (2) derniers mois pour tous les autres revenus (*p. ex.* indemnités chômage, incapacité, retraite, emprunts étudiants, lettre d'octroi de la part du bureau de la Sécurité sociale, rapport actuel des pertes et profits pour tous les demandeurs travailleurs indépendants, documents relatifs à toute pension alimentaire et pension alimentaire pour enfants, etc.) ; ou
- une lettre de rejet d'indemnités de chômage ; ou
- des documents sur la valeur des actifs comprenant, sans s'y limiter, les relevés d'impôts fonciers, les certificats de dépôt, les relevés 401k, 403b, compte de retraite individuel (IRA) ou d'autres investissements ; ou
- des déclarations de contribution de la part des personnes qui prêtent une assistance financière ou en nature au patient

Ces informations doivent être reçues pour pouvoir traiter votre demande. Si vous manquez à l'obligation de renvoyer les informations ci-dessus dans un délai de 240 jours à partir de la date de facturation après la sortie de l'hôpital, WellStar se réserve le droit de ne pas traiter votre compte pour approbation dans le cadre du Programme d'aide financière. Pour toute question ou aide relative à cette demande, vous pouvez contacter WellStar à l'adresse :

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 ou à notre numéro de téléphone : 678-838-5750.

**Commentaires :**

Par la présente, je demande à WellStar de déterminer mon admissibilité à son Programme d'aide financière. Je comprends que les informations que je présente au regard de mes revenus annuels et de la taille de ma famille doivent être vérifiées. Je comprends également que si les informations que je présente s'avèrent inexactes, je serai exclu(e) de l'admissibilité à l'Aide financière. J'accepte par ailleurs de présenter des demandes pour toute aide (*p. ex.* Medicaid, Medicare, State Aid (pour le cancer), réadaptation professionnelle, assurances, etc.) éventuellement disponible pour payer les frais de mon compte WellStar. Je coopérerai pleinement pour prendre toutes les mesures nécessaires pour obtenir de telles aides, et céderai ou paierai à WellStar les montants perçus, pour couvrir les frais WellStar. J'accepte de payer tous les soldes restant après ajustement du Programme d'aide financière. Tout manquement peut donner lieu à une annulation de toutes les réductions du Programme d'aide financière. Une demande doit être remplie par garant au titre du Programme d'aide financière.

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

Signature du garant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_