

Demande d'assistance financière

UW Health - Financial Assistance 877-278-6437
 PO Box 620993
 Middleton, WI 53562

Nom du demandeur (prénom, second prénom, nom de famille)	Date	N° du dossier médical (s'il est connu)
--	------	--

Pour l'évaluation du Programme d'assistance financière, veuillez inclure tous les éléments suivants, le cas échéant :

- Cette demande, signée et datée
- Déclarations fiscales fédérales et échéanciers justificatifs (dernières années)
- Bulletins de salaire (derniers mois)
- Attestations d'allocations (retraite, chômage, pensions d'invalidité SSI et SSDI)
- 2 relevés bancaires
- Lettre expliquant comment vous vous acquittez de vos frais de la vie quotidienne

Après de quels organismes faites-vous une demande d'assistance financière ? UW HEALTH MERITER LES DEUX

Le/La patient(e) dispose-t-il/elle actuellement d'une couverture d'assurance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Couverture : _____
Si non, le/la patient(e) a-t-il/elle fait une demande de couverture par le biais de Marketplace (Healthcare.gov) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le/La patient(e) participe-t-il/elle à un programme de partage des frais de santé du ministère ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le/La patient(e) choisit-il/elle de ne pas participer à un programme d'assurance financé par le gouvernement pour des raisons religieuses ou culturelles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le/La patient(e)/la partie financièrement responsable a-t-il/elle déclaré ses revenus l'année dernière ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, pourquoi ? _____

Patient(e)/Partie financièrement responsable

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Lien de parenté avec le/la patient(e)	Date de naissance (Mois JJ AAAA)	
Adresse	Ville	État	Code postal
Téléphone	Taille du foyer (patient[e], conjoint et dépendants)		Statut marital
Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Temps Plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Étudiant(e) <input type="checkbox"/> Sans emploi		Si sans emploi, dernier/ère jour, mois et année travaillé(e)	
Employeur	Revenu hebdomadaire Heures/Semaine : Salaire (USD)/Heure :	Date d'embauche (Mois JJ AAAA)	

Conjoint/Partenaire

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Date de naissance (Mois JJ AAAA)	Téléphone	
Adresse	Ville	État	Code postal
Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Temps Plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Étudiant(e) <input type="checkbox"/> Sans emploi		Si sans emploi, dernier/ère jour, mois et année travaillé(e)	
Employeur	Revenu hebdomadaire Heures/Semaine : Salaire (USD)/Heure :	Date d'embauche (Mois JJ AAAA)	

Personnes à charge

Nom complet	Lien de parenté	Date de naissance (Mois JJ AAAA)
1.		
2.		
3.		
4.		

Revenu mensuel de la partie financièrement responsable et du conjoint (le cas échéant)

Patient(e)/Partie responsable		Conjoint	
	Revenu mensuel de la sécurité sociale		Revenu mensuel de la sécurité sociale
	Date de la demande d'allocation SSDI		Date de la demande d'allocation SSDI
	Retraite		Retraite
	Chômage		Chômage
	Cert. de Dep/IRA		Cert. de Dep/IRA
	Retrait du système d'épargne 401K		Retrait du système d'épargne 401K
	Revenu de location/propriété		Revenu de location/propriété
	Autre revenu		Autre revenu

Autres dettes (factures médicales, prêts bancaires, cartes de crédit, autre)

Type	Liste des nom/usages de prêts/cartes de crédit	Solde non payé	Paiement mensuel

Autres commentaires**Certification**

Je comprends que ces renseignements seront uniquement utilisés par UW Health pour la détermination de la responsabilité financière de mes frais de santé et seront gardés confidentiels. Dans le cadre des exigences du programme d'assistance financière, je suis tenu(e) d'être interrogé(e) sur le programme Medicaid ou autres programmes d'assistance publics, notamment, entre autres, les programmes suivants : BadgerCare – WI Medicaid ; personnes âgées, aveugles, invalides (DEB) ; assistance médicale d'urgence pour résident étranger (AEMA) ; fond d'indemnisation des victimes de crimes violents (VOVC) ; Handicap présumé/Medicaid ; Handicap de la sécurité sociale/revenus (SSD/SSI) ; assurance médicale Marketplace. Ma signature autorise UW Health à vérifier toute et toutes les informations communiquées sur ce formulaire.

Pour signer le document de manière électronique : Allez à « Outils » -- > « Remplir et Signer »

Signature du/de la patient(e)/partie responsable	Date (Mois JJ AAAA)
Nom de la personne remplissant formulaire si différente du/de la patient(e)	Date (Mois JJ AAAA)