GRACIE SQUARE HOSPITAL
DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Nom du patient (de la patiente) _____ Date de naissance _____
Nom Prénom Initiale 2e prénom

Adresse _____
Numéro et rue, n° appt Ville État Code postal

Tél. (_____) _____ Fonction _____ Employeur _____

Adresse de l'employeur _____ Tél. de l'employeur _____

Revenus – Liste combinée de vos revenus, des revenus de votre conjoint(e) et de tous les autres membres de votre foyer provenant de :

Type de revenu	Total des revenus des 3 derniers mois	Total des revenus des 12 derniers mois
Salaires		
Revenus d'activité indépendante		
Aide publique		
Sécurité sociale		
Indemnités de chômage/d'accident du travail		
Pension alimentaire		
Pension de l'aide à l'enfance		
Pensions/Retraites		
Revenu de dividendes		
Total		

L'hôpital demande que vous produisiez des justificatifs attestant des revenus indiqués ci-dessus. Les documents peuvent comprendre, par exemple, des talons de chèques de paie, une lettre de votre employeur, le cas échéant, le formulaire 1040, etc.

Taille du foyer – Nombre de membres de la famille constituant votre foyer :

Nom	Âge	Relation

Remarque : ajoutez une autre feuille si vous avez besoin d'espace supplémentaire.

VOUS POUVEZ DÉPOSER CETTE DEMANDE À L'HÔPITAL À TOUT MOMENT PENDANT LE PROCESSUS DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT.

APRÈS AVOIR ENVOYÉ VOTRE DEMANDE DÛMENT REMPLIE ET LES JUSTIFICATIFS EXIGÉS À L'HÔPITAL À L'ADRESSE CI-DESSOUS, VOUS POURREZ IGNORER TOUTE FACTURE ÉVENTUELLE JUSQU'À CE QUE L'HÔPITAL AIT RENDU UNE DÉCISION ÉCRITE CONCERNANT VOTRE DEMANDE.

POUR DÉPOSER CETTE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE, VEUILLEZ LIRE L'ATTESTATION SUIVANTE ET LA SIGNER À L'EMPLACEMENT INDIQUÉ CI-APRÈS.

PAR LA PRÉSENTE, JE DEMANDE À CE QUE LE GRACIE SQUARE HOSPITAL RENDE UNE DÉCISION ÉCRITE CONCERNANT MON ADMISSIBILITÉ À L'AIDE FINANCIÈRE. JE COMPRENDS QUE LES RENSEIGNEMENTS QUE JE FOURNIS CONCERNANT MES REVENUS ANNUELS ET LA TAILLE DE MON FOYER POURRONT ÊTRE VÉRIFIÉS PAR L'HÔPITAL. JE COMPRENDS ÉGALEMENT QUE S'IL EST ÉTABLI QUE LES RENSEIGNEMENTS QUE J'AI FOURNIS SONT INEXACTS, CELA ENTRAÎNERA LE REFUS DE L'AIDE FINANCIÈRE ET QUE JE POURRAIS DEVOIR ASSUMER LES FRAIS DES SERVICES FOURNIS. J'ATTESTE ÉGALEMENT QUE LES INFORMATIONS FOURNIES PRÉCÉDEMMENT SONT, À MA CONNAISSANCE, EXACTES. EN OUTRE, J'AUTORISE LE GRACIE SQUARE HOSPITAL À VÉRIFIER TOUTE INFORMATION PERTINENTE RELATIVE À CETTE DEMANDE.

Date _____ Signature du demandeur (de la demandeuse) _____ N° de compte _____

Envoyez votre demande dûment remplie à :

Gracie Square Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att: George Plunkett
Ou envoyez-la par TÉLÉCOPIE au : (516) 801 8504