

FINANCE



JOHNS HOPKINS  
M E D I C I N E

**Johns Hopkins Medicine  
Demande d'aide financière**

**Formulaires à inclure :**

Demande d'aide financière (incluse)

**Documents à inclure :**

1. Copie des déclarations de revenus de l'année dernière. (Si vous êtes marié et que vous effectuez votre demande séparément, veuillez fournir les copies des deux déclarations.)
2. Copie de vos trois (3) derniers talons de paie, de la lettre de l'employeur ou de la preuve de votre situation d'emploi.
3. Copie de la lettre d'attribution de la Sécurité sociale pour l'année en cours (le cas échéant).
4. Copie de la lettre de détermination provenant de l'Aide médicale ou de la Sécurité sociale.
5. Preuve des frais de subsistance mensuels tels qu'indiqués sur votre demande, comme les copies des factures de téléphone, des factures de services publics ou des paiements de loyer/d'hypothèque.
6. Copies des frais médicaux impayés.
7. Copie de toutes les cartes d'assurance médicale.
8. Preuve de résidence telle qu'une carte d'identité, un permis de conduire, un certificat de naissance ou un statut de résident permanent légal (carte verte).
9. Le cas échéant, une déclaration de revenus (y compris le bénéfice ou la perte) remplie par les patients indépendants.
10. Le cas échéant, une lettre de soutien notariée pour revenu nul écrite par la personne fournissant le soutien financier.

**ADRESSE POSTALE :**

Johns Hopkins Hospital  
3910 Keswick Road, Suite S-5100  
ATTN: Financial Assistance Liaison  
Baltimore, MD 21211

**COURRIEL :** [FinancialAssistance@jhmi.edu](mailto:FinancialAssistance@jhmi.edu)

**TÉLÉPHONE :** 443-997-3067

**TÉLÉCOPIEUR :** 443-769-1250

FINANCE



**JOHNS HOPKINS  
MEDICINE**

**Demande d'aide financière**

*Informations vous concernant*

Nom :

Prénom

Second prénom

Nom de famille

Numéro de sécurité sociale - -

État matrimonial : Célibataire

Marié Séparé Citoyen américain OUI NON Résident permanent : OUI NON

Adresse de domicile: \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ville

État

Code postal

Pays

Nom de l'employeur :  
professionnelle :

Téléphone

Adresse

Ville

État

Code postal

Membres du ménage :

Nom

**SOL-MÊME**

Âge

Lien de parenté

Nom

Âge

Lien de parenté

Nom

Âge

Lien de parenté

Nom

Âge

Lien de parenté

Nom

Âge

Lien de parenté

Nom

Âge

Lien de parenté

Nom

Âge

Lien de parenté

Nom

Âge

Lien de parenté

Avez-vous fait une demande d'aide médicale ? OUI NON

Si oui, à quelle date avez-vous fait la demande ?

Si oui, quelle était la détermination ?

Recevez-vous une forme d'aide de l'État ou du comté ? OUI NON

### *I. Revenu familial*

Indiquez le montant de vos revenus mensuels provenant de toutes les sources. Vous devrez peut-être fournir une preuve de revenus, d'actifs et de dépenses. Si vous n'avez aucun revenu, veuillez vous procurer une lettre auprès de la personne qui fournit votre logement et vos repas.

	Montant mensuel
Emploi	_____
Prestations de retraite/pension	_____
Prestations de sécurité sociale	_____
Prestations d'aide publique	_____
Prestations d'invalidité	_____
Prestations de chômage	_____
Prestations aux anciens combattants	_____
Pension alimentaire	_____
Revenus immobiliers locatifs	_____
Indemnités de grève	_____
Prestations militaires	_____
Travail agricole ou indépendant	_____
Autre source de revenu	_____
Total	_____

### *II Actifs liquides*

	Solde actuel
Compte chèque	_____
Compte d'épargne	_____
Actions, obligations, CD ou marché monétaire	_____
Autres comptes	_____
Total	_____

### *III Autres actifs*

Si vous possédez l'un des éléments suivants, veuillez indiquer le type et la valeur approximative.

Maison	Solde du prêt		Valeur approximative
Automobile	Marque	Année_	Valeur approximative
Véhicule supplémentaire	Marque	Année_	Valeur approximative
Véhicule supplémentaire	Marque	Année	Valeur approximative
Autres biens			Valeur approximative _____
			<b>Montant Total</b> _____

Loyer ou hypothèque	_____
Services publics	_____
Paie(men)t(s) de voiture	_____
Carte(s) de crédit	_____
Assurance automobile	_____
Assurance maladie	_____
Autres frais médicaux	_____
Autres dépenses	_____
Avez-vous d'autres factures médicales impayées ?	OUI NON
Pour quel service ?	

Avez-vous prévu un plan de paiement ? Quels sont les paiements mensuels ?

### **Pour l'admissibilité à l'aide financière en cas de difficultés médicales :**

Revenu familial pour les douze (12) mois civils précédant la date de la présente demande :

Dettes médicales contractées à Johns Hopkins (hors coassurance, co-paiement ou franchise) pour les douze (12) mois civils précédant la date de la présente demande :

Date de prestation	Montant dû
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Pour l'admissibilité présumée à l'aide financière**

1. Quel est l'âge du(de la) patient(e) ? \_\_\_\_\_
2. La patiente est-elle enceinte ? Oui ou Non
3. Le(La) patient(e) a-t-il(elle) des enfants de moins de 21 ans vivant à la maison ? Oui ou Non
4. Le(La) patient(e) est-il(elle) aveugle ou est-il(elle) potentiellement handicapé(e) pendant 12 mois ou plus du fait d'un emploi rémunéré ? Oui ou Non
5. Le(La) patient(e) reçoit-il(elle) actuellement des prestations SSI ou SSDI ? Oui ou Non
6. Le(La) patient(e) (et, s'il(elle) est marié(e), son époux(se)) a-t-il(elle) des comptes bancaires ou des actifs convertibles en espèces qui ne dépassent pas les montants suivants ? Oui ou Non
- Taille de la famille :**  
Une personne : 2 500,00 \$  
Deux personnes : 3 000,00 \$  
Pour chaque membre supplémentaire de la famille, ajoutez 100,00 \$  
(Exemple : pour une famille de quatre personnes, si vous avez des actifs liquides totaux de moins de 3 200,00 \$ , vous répondriez OUI.) Oui ou Non
7. Le(La) patient(e) est-il(elle) un(e) résident(e) de l'État du Maryland ? \_\_\_\_\_  
Si le(la) patient(e) n'est pas un(e) résident(e) du Maryland, dans quel État réside-t-il(elle) ? Oui ou Non
8. Le(La) patient(e) est-il(elle) sans-abri ? Oui ou Non
9. Le(La) patient(e) participe-t-il(elle) au WIC ? Oui ou Non
10. Le ménage a-t-il des enfants bénéficiant du programme de repas gratuits ou à prix réduit ? Oui ou Non
11. Le ménage participe-t-il au programme d'aide aux impayés d'énergie ? Oui ou Non
12. Le(La) patient(e) reçoit-il(elle) des prestations du programme SNAP/des coupons alimentaires ? Oui ou Non
13. Le(La) patient(e) est-il(elle) inscrit(e) à Healthy Howard, Chase Brexton ? Oui ou Non
14. Le(La) patient(e) a-t-il(elle) été référé(e) à SH par Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares Project Access ou Proyecto Salud ? Oui ou Non
15. Le(La) patient(e) a-t-il(elle) actuellement : Aide médicale Pharmacie uniquement QMB/SLMB Oui ou Non
16. Le(La) patient(e) est-il(elle) employé(e) ? \_\_\_\_\_  
Si non, date à laquelle il(elle) a perdu son emploi. \_\_\_\_\_  
Admissible à la couverture d'assurance maladie COBRA ? Oui ou Non

Tous les documents soumis font partie de la présente demande.

Si vous demandez une aide financière supplémentaire étendue, JHM peut exiger de vous des informations supplémentaires afin de prendre une décision complémentaire. En signant le présent formulaire, vous certifiez que les informations fournies sont véridiques et acceptez d'informer JHM de toute modification des informations fournies dans les dix jours suivant la modification. Toutes les informations fournies dans la demande sont véridiques et exactes au meilleur de mes connaissances, informations et croyances.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec le(la) patient(e)

