

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

**Demande d'assistance financière
de Johns Hopkins Medicine**

Veillez remplir les formulaires ci-joints et les retourner avec les documents indiqués ci-dessous.

Formulaires à joindre:

Demande unique d'assistance financière de l'État du Maryland (ci-jointe)

Documents à joindre:

1. Copie des déclarations d'impôts de l'année dernière. (Si vous êtes marié(e) et que vous déclarez vos impôts séparément, veuillez fournir des copies des deux déclarations).
2. Copie de vos trois (3) derniers talons de chèque de paie, lettre de l'employeur ou preuve de votre statut de chômeur.
 1. Copie de la lettre d'attribution de la sécurité sociale (le cas échéant)
 2. Copie de la décision de l'assistance médicale ou de la sécurité sociale.
3. Preuve des frais de subsistance mensuels tels qu'ils sont indiqués dans votre demande, par exemple des copies de factures de téléphone, de factures BG&E ou de paiements de loyer/d'hypothèque.
4. Copies des frais médicaux impayés.
5. Copie de toutes les cartes d'assurance médicale.
6. Preuve de résidence telle qu'une carte d'identité, un permis de conduire, un certificat de naissance ou un statut de résidence permanente légale (carte verte).

**VEUILLEZ ENVOYER LES
INFORMATIONS PAR COURRIER À:
JOHNS HOPKINS RCM
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
À L'ATTENTION DE: FINANCIAL
ASSISTANCE LIASON BALTIMORE, MD
21211**



Demande unique d'assistance financière de l'État du Maryland

Informations personnelles

Nom: _____

Prénom
Deuxième prénom
Dernier prénom

Numéro de sécurité sociale _____ - _____ - _____ Statut marital: Célibataire Marié(e) Séparé(e)

Citoyen des États-Unis OUI NON Résident permanent OUI NON

Adresse du domicile: _____ Téléphone _____

Ville État Code postal
Pays

Nom de l'employeur: _____ Téléphone _____
 Adresse professionnelle: _____

Ville État Code postal

Les membres du foyer:

		VOUS-MEME
_____	_____	_____
Nom	Âge	Relation
_____	_____	_____
Nom	Âge	Relation
_____	_____	_____
Nom	Âge	Relation
_____	_____	_____
Nom	Âge	Relation
_____	_____	_____
Nom	Âge	Relation
_____	_____	_____
Nom	Âge	Relation
_____	_____	_____
Nom	Âge	Relation

Avez-vous fait une demande d'assistance médicale OUI NON
 Si oui, quelle était la date de votre demande? _____
 Si oui, quelle a été la décision? _____

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

I. Revenu familial

Indiquez le montant de votre revenu mensuel toutes sources confondues. Vous pouvez être amené(e) à fournir des preuves concernant vos revenus, vos biens et vos dépenses. Si vous n'avez pas de revenus, veuillez fournir une lettre de la personne qui vous héberge et vous nourrit.

	Montant mensuel
Emploi	_____
Prestations de retraite et de pension	_____
Prestations de sécurité sociale	_____
Prestations d'assistance publique	_____
Prestations d'invalidité	_____
Prestations de chômage	_____
Prestations pour anciens combattants	_____
Pension alimentaire	_____
Revenu de la propriété locative	_____
Prestations de grève	_____
Prestations militaires	_____
Exploitation agricole ou travail indépendant	_____
Autre source de revenu	_____
Total	_____

<i>II. Actifs liquides</i>	Solde courant
Compte courant	_____
Compte d'épargne	_____
Actions, obligations, certificat de dépôt ou marché monétaire	_____
Autres comptes	_____
Total	_____

III. Autres actifs

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

Maison	Solde du prêt	_____	Valeur approximative	_____
Voiture	Marque	_____	Année	_____
Véhicule supplémentaire	Marque	_____	Année	_____
Véhicule supplémentaire	Marque	_____	Année	_____
Autres biens			Valeur approximative	_____
			Total	_____

IV. Dépenses mensuelles

	Montant
Loyer ou hypothèque	_____
Biens de consommation	_____
Remboursement(s) de la voiture	_____
Carte(s) de crédit	_____
Assurance voiture	_____
Assurance maladie	_____
Autres frais médicaux	_____
Autres dépenses	_____
Avez-vous d'autres factures médicales impayées?	OUI NON
Pour quel service?	_____
Avez-vous convenu d'un plan de paiement? Quels sont les mensualités?	_____

Éligibilité à l'Assistance financière en cas de difficulté:

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

Dette médicale contractée à Johns Hopkins (à l'exclusion de la coassurance, des copaiements ou des franchises) pour les douze (12) mois civils précédant la date de la présente demande:

Date du service	Montant dû
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Éligibilité présumée à l'Assistance financière en cas de difficulté:

- | | |
|---|------------|
| 1. Quel est l'âge du patient? | |
| 2. La patiente est-elle enceinte? | Oui ou Non |
| 3. Le patient a-t-il des enfants de moins de 21 ans vivant à la maison? | Oui ou Non |
| 4. Le patient est-il aveugle ou est-il potentiellement empêché pendant 12 mois ou plus d'avoir accès à un emploi rémunérateur? | Oui ou Non |
| 5. Le patient reçoit-il actuellement des prestations SSI ou SSDI (aide versées par la sécurité sociale)? | Oui ou Non |
| 6. Le patient (et, s'il est marié, son/sa conjoint(e)) a-t-il un total de comptes bancaires ou d'actifs convertibles en espèces qui ne dépasse pas les montants suivants? | Oui ou Non |

Taille de la famille:

Individuel: \$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 liquidités totales de moins de \$3,200.00, vous répondriez, OUI)

- | | |
|---|------------|
| 7. Le patient est-il résident de l'État du Maryland?
Si le patient ne réside pas dans le Maryland, dans quel État réside-t-il? | Oui ou Non |
| 8. Le patient est-il sans abri? | Oui ou Non |
| 9. Le patient participe-t-il au WIC (Programme alimentaire)? | Oui ou Non |
| 10. Le ménage a-t-il des enfants qui participent au programme de repas gratuits ou à prix réduit? | Oui ou Non |
| 11. Le ménage participe-t-il à un programme d'aide à l'énergie pour les personnes à faible revenu? | Oui ou Non |
| 12. Le patient reçoit-il des coupons SNAP/alimentaires? | Oui ou Non |
| 13. Le patient est-il inscrit à Healthy Howard, Chase Brexton? | Oui ou Non |
| 14. Le patient a-t-il été référé à SH par des organismes caritatifs catholiques, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access ou Proyecto Salud? | Oui ou Non |
| 15. Est-ce que le patient a actuellement:
Assistance médicale en pharmacie seulement
QMB/SMLB | Oui ou Non |
| 16. Le patient est-il employé?
Si non, la date à laquelle le patient est devenu sans emploi.
Admissible à la couverture d'assurance maladie COBRA? | Oui ou Non |

Tous les documents soumis font partie de cette demande.

Si vous demandez qu'on vous accorde une aide financière supplémentaire, JHM peut être amené à vous demander des renseignements supplémentaires afin de prendre une décision complémentaire. En signant ce formulaire, vous certifiez que les renseignements fournis sont véridiques et vous acceptez d'aviser JHM de tout changement aux renseignements fournis dans les dix jours suivant le changement. Tous les renseignements fournis dans la demande sont vrais et exacts au meilleur de ma connaissance, de mon information et de mes convictions.

Signature du demandeur

Date

Relation avec le patient