



In partnership with Select Medical  
**Demande d'aide financière**

\_\_\_\_\_  
Numéro de compte du (des) patient(s) \_\_\_\_\_ Liste de(s) l'hôpital(aux) où vous avez été traité

\_\_\_\_\_  
Nom de famille du patient : \_\_\_\_\_ Prénom du patient : \_\_\_\_\_ N° de Sécurité sociale du patient \_\_\_\_\_ Date de naissance du patient

\_\_\_\_\_  
Nom du garant : (si différent) \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° sécurité sociale du garant \_\_\_\_\_ Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Adresse du domicile du garant \_\_\_\_\_ N° de téléphone personnel

\_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal

\_\_\_\_\_  
Nom de l'employeur du garant \_\_\_\_\_ Fonction/département du poste du garant

\_\_\_\_\_  
Adresse de l'employeur du garant \_\_\_\_\_ Téléphone de l'employeur du garant

\_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal

\_\_\_\_\_  
Nom de l'employeur du conjoint \_\_\_\_\_ Fonction/département du conjoint

\_\_\_\_\_  
Adresse de l'employeur du conjoint \_\_\_\_\_ Téléphone de l'employeur du conjoint

\_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal

**Personnes dans le ménage (y compris le demandeur)**

Nom	Lien de parenté avec le patient	Date de Naissance	Employeur	Revenu annuel
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

## Dignity Health Réadaptation Hospital Demande d'aide financière (suite)

Afin de déterminer qui est vraiment admissible à l'aide financière, nous devons : exiger la soumission des informations énumérées ci-dessous pour démontrer les difficultés financières. Veuillez remplir la demande et la retourner avec tous les éléments suivants énumérés ci-dessous. Si vous n'êtes pas en mesure de fournir l'un des documents ou si d'autres facteurs peuvent influencer l'évaluation, veuillez soumettre une déclaration écrite expliquant votre situation.

Documentation requise :

1. Refus des conditions d'admission du programme Medicaid de la province de résidence.
2. Preuve de revenu pour tous les membres de la famille \* au cours des 12 mois précédant la date à laquelle les services de Dignity Health Rehabilitation ont été fournis. Cela pourrait inclure la ou les déclarations de revenus les plus récentes ou les talons de paie pour la même période. Si vous êtes un travailleur indépendant, incluez l'annexe C dans votre déclaration de revenus. Si ceux-ci ne sont pas disponibles, veuillez écrire une explication sur une feuille de papier distincte, indiquant votre situation financière pour les derniers trois mois, et la soumettre avec cette demande.

\*La famille d'un patient comprend :

- a) Pour les personnes âgées de 18 ans et plus, un conjoint, un partenaire domestique, tel que défini à l'article 297 du Code de la famille, et les enfants à charge de moins de 21 ans, qu'ils vivent ou non au domicile.
- b) Pour les personnes de moins de 18 ans, un parent, un parent gardien et d'autres enfants de moins de 21 ans du parent ou du parent gardien.

Une fois terminé notre examen initial des documents fournis, les éléments suivants peuvent être nécessaires pour déterminer la qualification :

Preuve d'actifs monétaires - **Tous** les éléments suivants :

- Relevés de compte chèques-derniers 3 mois
- Relevés de compte d'épargne-derniers 3 mois
- Actions, obligations et CD

En signant ci-dessous, vous acceptez d'être considéré pour l'aide au paiement. De plus, vous certifiez que toutes les déclarations faites dans cette demande sont vraies et complètes au mieux de votre connaissance. S'il est déterminé que les informations que vous avez fournies sont incomplètes ou fausses, tout escompte sur votre facture peut être annulé et le paiement intégral peut être attendu de votre part. En signant ci-dessous, vous autorisez Dignity Health Rehabilitation Hospital à vérifier les références et l'historique de crédit afin d'évaluer cette demande d'aide financière.

Si vous recevez un paiement d'une compagnie d'assurance, d'un régime d'indemnisation des accidents du travail ou de tout autre tiers, vous acceptez d'informer l'hôpital de ce paiement. L'hôpital se réserve le droit de percevoir les frais facturés au complet si un tiers vous fournit le paiement des services de l'hôpital.

Signature du responsable de la facture (Garant)

Date

Approbateur/ Titre

Pourcentage approuvé

Date

Demande réalisée par courrier à :

**Hôpital Dignity Health Rehabilitation**

**A l'attention de :**

**Service des admissions**

**2930 Siena Heights Dr.**

**Henderson, NV 89052**