



SCL Health
500 Eldorado Blvd. Bldg. 6 Suite 6300
Broomfield, CO 80021-3408

Merci d'avoir choisi SCL Health pour vos besoins de soins de santé. Sisters of Charity of Leavenworth Health System est fier de prodiguer de soins de santé de haute qualité et abordables pour la communauté. Nous sommes là pour aider ceux qui ont besoin d'assistance financière et ceux qui auraient des questions ou qui ont besoin de conseils pour faire les choix appropriés en ce qui concerne leurs soins de santé ou ceux de leurs familles.

SCL Health a un programme pour aider les patients qui ont besoin d'une aide financière à payer tout ou partie de leurs factures. Si vous souhaitez présenter une demande dans le cadre de ce programme, veuillez remplir le formulaire de demande d'aide financière ci-joint.

Pour être en mesure de traiter votre demande, nous exigeons aussi des documents justificatifs. Une liste des documents requis peut être trouvée sur la page quatre (4). Ces informations doivent être reçues dans les 15 jours à compter de la date de cette lettre si elle est remise en mains propres. Si vous pensez que vous devez expliquer votre situation plus en détail pour obtenir un soutien financier, un espace supplémentaire a été prévu à la fin de ce formulaire.

Il est important que les formulaires de demande soient dûment remplis et retournés avec les documents requis. Sinon, le traitement de votre demande subira des retards et pourrait être rejetée. Les demandes reçues sans signature seront refusées.

Si pour une raison quelconque les informations ci-dessus ne peuvent être obtenues, appelez s'il vous plaît le Revenue Service Center au 303-813-5400 ou 1-866-665-2636 entre 8:00 et 16:30. Nous serons plus qu'heureux de vous aider.

Une fois qu'une décision a été prise concernant votre compte, vous serez informé par la poste des résultats de notre décision.

Cordialement,

Coordinateur financier
SCL Health

Formulaire de demande d'aide financière pour soins de santé

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom du patient _____ No de compte _____

Numéro de Sécurité sociale _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Ville _____ État _____ Code postal _____ Comté _____

No de téléphone fixe _____ No de téléphone cellulaire _____ No de téléphone de bureau _____

Email _____

Célibataire Marié/Vivant en couple Divorcé/Séparé Veuf/Veuve

Nom du responsable _____ Rapport _____

Numéro de Sécurité sociale _____ Date de naissance _____

Adresse _____

No de téléphone fixe _____ No de téléphone cellulaire _____ No de téléphone de bureau _____

Nom de l'épouse/époux _____

Numéro de Sécurité sociale _____ Date de naissance _____

Adresse _____

No de téléphone fixe _____ No de téléphone cellulaire _____ No de téléphone de bureau _____

Le (s) nom (s) et l'âge (s) de personnes à charge vivant avec vous dont vous êtes responsable. Veuillez inclure la date de naissance:

Nom	Âge	Date de naissance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Formulaire de demande d'aide financière

REVENU:

Le revenu brut ajusté de l'année précédente déclaré aux autorités fiscales américaines IRS (figurant sur le formulaire 1040) _____

Veillez donner des explications si vous n'avez pas envoyé une déclaration de revenus _____

Employeur actuel _____

Adresse _____

No de téléphone _____ Occupation _____

Durée de l'emploi _____ années _____ mois Mois à temps complet/ à temps partiel _____

Nombre d'heures de travail prévu par semaine _____

Si vous êtes sans emploi, mentionnez la date à laquelle votre chômage a débuté: _____ Est-ce que vous recevez des allocations de chômage Oui / Non _____

Si *OUI* – Date de début _____ Montant reçu par semaine _____

Employeur actuel de l'épouse/époux/personne proche _____

Adresse _____

No de téléphone _____ Occupation _____

Durée de l'emploi _____ années _____ mois Mois à temps complet/ à temps partiel _____

Nombre d'heures de travail prévu par semaine _____

Si vous êtes sans emploi, mentionnez la date à laquelle votre chômage a débuté: _____ Est-ce que vous percevez des allocations de chômage Oui / Non _____

Si *OUI* – Date de début _____ Montant reçu par semaine _____

Revenu mensuel	Vous	Époux
Salaire brut		
Pension alimentaire / pension alimentaire pour enfants		
Sécurité sociale		
Indemnité chômage / accident de travail		
Retraite / Pension		
Intérêts / revenus de location		
Aide publique		
Autres		
Total mensuel		

Actifs	Valeur/Solde
Maison actuelle	
D'autres propriétés (investissement foncier, locatif, etc.)	
Véhicule(s)	
Placements - actions, obligations, fonds communs de placement, régimes 401K, plan d'épargne retraite personnel, rentes	
Compte d'épargne 1	
Compte d'épargne 2	
Compte d'épargne 3	
Autres	
Autres	

(Office use only) Annual Total _____

(Réservé à l'administration) Total annuel

Formulaire de demande d'aide financière

FRAIS

Nom du détenteur de prêt hypothécaire ou du propriétaire _____

Adresse _____

	Païement mensuel	Solde à découvert	Actuel Oui / Non
Hypothèque / Loyer			
HOA			
Assurance locataire			
Téléphone fixe			
Téléphone cellulaire			
Téléphone de bureau			
Électricité / gaz			
Eau			
Internet			
Câble / Satellite / Antenne			
Aliments			
Prêt auto			
Prêt auto			
Transportation – Essence			
Assurance vie			
Assurance maladie			
Assurance auto			
Factures médicales			
Ordonnances			
Soins à l'enfant			
Frais scolaires / prêts			
Pension alimentaire / pension alimentaire pour enfants			
Factures de carte de crédit			
Autres			
Autres			
Total mensuel			

(Office use only) Annual Total _____

(Réservé à l'administration) Total annuel

Formulaire de demande d'aide financière

AUTRES

Recevez-vous des bons alimentaires? Oui Non

Recevez-vous des prestations médicales? Oui Non

Si non, avez-vous fait une demande à Medicaid? _____ Date de la demande _____

Si les prestations ont été refusées, quelle raison a été donnée? _____

Date de rejet de la demande fait à Medicaid _____

Ce compte est-il le résultat d'une indemnité d'accident du travail et/ou d'une indemnité automobile Oui Non

Si oui – Vous êtes-vous assuré des services d'un conseiller juridique Oui Non

DOCUMENTS EXIGÉS:

- Formulaire de demande rempli, signé et daté
- Copies des vos talons de paie des **3 derniers mois**, ainsi que ceux de votre épouse/époux/personne proche
- Relevés de compte des **3 derniers mois** (y compris comptes personnelles / d'épargne / professionnels, montrant le nom du propriétaire et du compte et numéro de compte
- Copie(s) des lettres de notification d'attribution – Chômage, Sécurité sociale, etc. montrant de la prestation mensuelle
- Pension alimentaire pour enfants / Pension alimentaire pour les enfants imposée par les tribunaux
- Copies des déclarations fiscales précédents (toutes les pages) doivent être soumises avec la présente demande. Les formulaires W2 ne sont pas acceptés.
- Si vous êtes sans emploi et / ou vivant en famille ou avec un/une ami(e), la page trois (3) «Frais» doit être rempli

Si vous êtes sans emploi et vivant avec famille ou amis

La page trois (3) du formulaire de la demande doit être complétée et doit montrer ce que reflètent les relevés d'hypothèque / loyer mensuel, électricité / gaz et de câble. (Veuillez ne pas fournir de reçus)

Si le demandeur ou l'époux est travailleur indépendant:

Une copie du livre d'affaires des trois (3) derniers mois est requise

Non-résidents aux États-Unis

Fournir une copie de votre photo d'identité. Passeport, Visa, etc.

Nous ne considérerons pas les formulaires qui sont incomplets.

Votre signature est nécessaire pour remplir cette demande.

Ma signature atteste que les informations fournies sur ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes et véridiques. Je suis conscient du fait que le SCL Health System exige la vérification du revenu avant de prendre une décision. Je suis aussi conscient du fait que mon avoir peut être consulté, sans que je ne paie de frais, pour vérifier les informations ci-dessus.

Signature _____ Date _____

Veillez utiliser l'espace ci-dessous si nécessaire:

OFFICE USE ONLY:

Family Size_____ Income_____ Yearly Expenses_____ Poverty Level_____

Out Pt. Responsibility_____ In Pt. Responsibility _____ Clinic Responsibility_____ Level:_____

Special Notes: _____

Financial Coordinator Name: _____ Approved Denied

Decision Date _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION:

Taille de la Famille_____ Revenu_____ Dépenses Annuelles_____ Niveau de Pauvreté_____

responsabilité du patient traité en ambulatoire_____ responsabilité du patient hospitalisé _____

Resp. Médicale_____ Niveau:_____

Remarques particulières : _____

Nom du Coordinateur Financier: _____ Approuvé Refusé

Date de Décision _____