



Carolinus HealthCare System

Demande d'Assistance couverture & d'Assistance financière

# Compte	
Date(s) du Service	

Ce formulaire a pour but de fournir au service du Conseil financier les éléments nécessaires afin de définir l'éligibilité du patient à une aide financière pour la/les

facture(s) d'hôpital de CHS. Veuillez remplir ce formulaire entièrement pour permettre une évaluation approfondie

Données démographiques du patient				
Nom et prénom du patient		Date de naissance	# Sécurité Sociale	Situation de famille
Adresse		Ville, État et Code postal	Mois/Années à cette adresse	Comté
Veuillez compléter l'information suivant si l'adresse où vous habitez est différente de celle postale.				
Adresse postale		Ville, État et Code postal	Mois/Années à cette adresse	Comté
#Téléphone fixe	#Téléphone portable	Personne à contacter en cas d'urgence		#Téléphone
Ville et État de naissance		Citoyenneté	Depuis quand habitez-vous aux U.S.A	Copies de vos documents? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Information assurance maladie				
Principal fournisseur de soins de santé	Nom de l'assuré	#de police d'assurance	#Groupe	Date d'entrée en vigueur
Assurance secondaire	Nom de l'assuré	#de police d'assurance	#Groupe	Date d'entrée en vigueur

Lister ci-dessous tous les membres de la famille							
	Nom et prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	#Sécurité sociale	Lien de parenté du patient	Sexe	Race
1							
2							
3							

Indiquer ci-dessous tous les membres de la famille (continuation de la page 1)

Nom et prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	#Sécurité sociale	Lien de parenté du patient	Sexe	Race
4						
5						
6						
7						

Au-dessus de 7 membres de la famille, veuillez les indiquer sous la section « notes » en page 6 de ce formulaire

Education, Emploi et Service Militaire		Patient (mère si le patient est mineur)		Epoux/Epouse (père si le patient est mineur)	
Education	Plus haut niveau d'étude accomplie				
	Aptitudes techniques				
Employer actuel	Employé(e) actuellement (cocher la case si oui)	<input type="checkbox"/> Remplir la section « emploi précédent »		<input type="checkbox"/> Remplir la section « emploi précédent »	
	Nom et adresse de la compagnie				
	Titre du poste / Type de travail effectué				
	#Téléphone du travail				
	Nom du patron/Superviseur				
	Dates de l'emploi				
	Salaire et structure de paye	___heures/semaine ___jours/semaine	\$ _____/horaire \$ _____/jour	___heures/semaine ___jours/semaine	\$ _____/horaire \$ _____/jour
	Commission Annuel	\$ _____/mois \$ _____	Commission Annuel	\$ _____/mois \$ _____	
Emplois précédents	Nom et adresse de la compagnie				
	Titre du poste / Type de travail effectué				
	Dates de l'emploi				
	Salaire et structure de paye	___heures/semaine ___jours/semaine	\$ _____/heure \$ _____/jour	___heures/semaine ___jours/semaine	\$ _____/heure \$ _____/jour
	Commission Annuel	\$ _____/mois \$ _____	Commission Annuel	\$ _____/mois \$ _____	

COBRA Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act [Couverture d'assurance]	Un membre de la famille a t'il perdu son travail au cours des 60 derniers jours?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	A t'il (elle) reçu un avis d'option COBRA ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	A t'il (elle) choisi la couverture COBRA ?			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	N'a t'il (elle) pas opté pour la couverture COBRA. Veuillez cocher une case : <input type="checkbox"/> primes trop onéreuses <input type="checkbox"/> nouvelle couverture d'assurance				
Service Militaire	Branche	Date d'enrôlement	Grade	#de série	

Information sur l'assurance

Assurance vie	Compagnie	Assuré(e)	Valeur nominale	Type de police	Valeur en espèces
Contrat d'assurance funéraire	Compagnie	Assuré(e)	Valeur nominale	Valeur en espèces	Révocable ?

Revenu (derniers 3 mois)	Patient (mère si le patient est mineur)			Epoux/Epouse (père si le patient est mineur)		
	Mois dernier	2 mois derniers	3 mois derniers	Mois dernier	2 mois derniers	3 mois derniers
Salaires						
Pension/Retraite						
Retraite sécurité Sociale						
Sécurité Sociale infirmité						
Revenu supplémentaire Sécurité						
Allocation vétéran						
Chômage						
Pension alimentaire						
Bons alimentation						
Autre (« Workfirst », etc.)						
Déclaration de vérification	Avez-vous les justificatifs de paye afin de confirmer le salaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Avez-vous les justificatifs de paye afin de confirmer le salaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Dépenses	Paiements pour (nom)	Montant du Paiement	Payé à (nom et adresse)
Pension alimentaire enfant/Garderie			
Pension alimentaire			

Déclaration de soutien	Je certifie avoir été sans emploi depuis _____ <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années. Étant sans travail je reçois aliments, abris et habits de la part _____, parenté, _____.
-------------------------------	--

Biens	Adresse	Propriété	Montant impôts	Solde prêt	Compagnie hypothécaire
Résidence principale		<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
Autres biens		<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
Autres biens		<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
Autres biens		<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			

Actifs	Marque/Modèle	Propriété	Montant impôts	Solde prêt	Banque/de prêt
Automobiles	1	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
	2	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
	3	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
Motos	1	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
	2	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
Bateaux	1	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
	2	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
Caravane/Véhicule loisirs	1	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			
	2	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> location			

Inclure dans les notes de la section en page 6 de ce formulaire tous biens supplémentaires faisant partie de la catégorie ci-dessus.

Banque/Investissements		Organisme	Solde	#Compte	Titulaire(s) du compte
Compte chèque	1				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Époux(se) <input type="checkbox"/> Joint
	2				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Époux(se) <input type="checkbox"/> Joint

Banque/Investissements (suite)		Organisme	Solde	#Compte	Titulaire(s) du compte
Épargne	1				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Époux(se) <input type="checkbox"/> Joint
	2				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Époux(se) <input type="checkbox"/> Joint
Certificats de dépôts					
401K / IRA Comptes retraite					
Actions/titres					
Autre (fonds, etc.)					

Factures médicales	Est-ce que le patient a d'anciennes factures médicales des deux dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant total
---------------------------	--	---	---------------

Constatation et Signatures				
Je certifie par la présente que les informations fournies à ma connaissance dans la déclaration financière du patient sont véridiques, justes et complètes. J'autorise l'Hôpital par la présente à contacter toute personne, firme ou organisation afin de vérifier les informations données et autorise par la présente toute personne, firme ou organisation à délivrer à l'Hôpital toute information financière qu'ils puissent demander.				
Signature:	Lien de parenté au patient :		Date	
Signature témoin :	Lien de parenté au patient :		Date	

For Financial Counseling Personnel <i>Pour le personnel du conseil financier</i>				
Form Completed By (name)	Date	Form Completed via: Bedside Interview Phone Interview Mail-in		
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA Victim's Assistance Medicaid - program(s) _____ IHF Financial Assistance				Assigned to Financial Counselor (name):

Envoyer le formulaire dûment rempli à :

CHS System Business Office
Attention: Financial Counseling
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232