



Cher patient, cher demandeur,

Henry Ford Health est motivée par la compassion et se consacre à fournir des soins personnalisés à tous, en particulier ceux qui en ont le plus besoin. Offrir une aide financière à nos patients est notre mission et notre privilège. Cette aide financière n'est disponible que pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires. Nous vous remercions de nous faire confiance pour prendre soin de vous et de votre famille et de tous vos besoins en matière de soins.

Nous envoyons cette lettre et la demande d'aide financière ci-jointe en réponse à votre demande. Veuillez ne pas en tenir compte si vous n'avez pas fait de demande. Veuillez remplir les deux parties, y compris votre signature et la date avant de nous la renvoyer. Si vous avez rempli une demande au cours des six derniers mois et que votre demande d'aide financière a été approuvée, veuillez nous en aviser, vous n'aurez peut-être pas besoin de remplir un nouveau formulaire de demande. Nous ne pouvons malheureusement pas nous fier à une demande faite il y a plus de six mois.

En plus de la demande, vous devrez fournir une confirmation du revenu de votre foyer ainsi qu'une confirmation de tous les actifs détenus par chaque membre du foyer.

Voici quelques exemples de preuves de revenus et d'actifs :

- une copie des trois derniers bulletins de paie émis par l'employeur
- une copie de la dernière déclaration de revenus annuelle (incluez toutes les annexes si vous êtes un travailleur indépendant)
- une lettre d'attribution de la sécurité sociale et/ou de la retraite
- la déclaration de revenus annuels la plus récente du parent ou du tuteur, si le demandeur est une personne à charge dépendante de son foyer fiscal et qu'il est âgé de moins de 25 ans
- une copie de l'attestation de réception des prestations de chômage
- l'approbation/le refus d'admissibilité à Medicaid et/ou à l'assistance médicale financée par l'État
- tout autre document de confirmation du revenu

Voici quelques exemples de preuves d'actifs :

- des relevés bancaires (comptes courants et comptes d'épargne) datés des trois derniers mois
- les investissements, y compris les actions et les obligations
- les fonds fiduciaires
- les comptes du marché monétaire
- les fonds communs de placement

Si vous recevez de l'aide ou vivez avec des membres de votre famille ou des amis, veuillez leur demander de remplir le formulaire ci-joint intitulé « Lettre de soutien » (Letter of Support). Cela ne les rendra pas responsables de vos factures médicales. Ce document vous aidera à montrer comment vous pouvez vous permettre de payer vos frais de subsistance. Vous n'aurez pas besoin de remplir ledit formulaire de lettre

de soutien si votre famille et vos amis ne vous aident pas.

Enfin, nous pourrions être en mesure d'examiner vos factures médicales en souffrance pour autoriser votre réception de l'aide financière. Si vous souhaitez que nous en tenions compte, veuillez également fournir la documentation de vos frais mensuels médicaux et pharmaceutiques/médicaments impayés, tels que les factures actuelles ou les relevés des soldes de compte. **Veillez noter que 1) la demande complétée ainsi que 2) la preuve de revenu, 3) d'actifs et 4) les factures médicales impayées (le cas échéant) doivent être reçues pour que la demande soit prise en compte. Nous ne sommes pas en mesure de traiter ou d'examiner les demandes incomplètes.**

Lorsque vous soumettez votre demande, veuillez garder à l'esprit que les communications par courrier électronique ne sont pas sécurisées. Bien que cela est hautement improbable, il est possible que les informations que vous incluez dans un courrier électronique puissent être interceptées et lues par d'autres parties que le destinataire. Nous voulons protéger vos informations personnelles et nous assurer qu'elles restent sécurisées. Nous vous invitons à vous abstenir d'envoyer votre demande par courrier électronique étant donné qu'elle contient votre numéro de sécurité sociale et d'autres informations privées.

Veillez imprimer et envoyer votre demande dûment remplie et les documents à l'appui par la poste, ou les remettre en main propre, à l'adresse suivante :

Facility/Office where service was provided	Mail Completed Applications to:
Henry Ford St. John Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Warren Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Madison Heights Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Providence Novi Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Providence Southfield Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford River District Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford SEMI Medical Group	PO BOX 80278, Indianapolis, IN 46240

Nous sommes ici pour vous aider et souhaitons nous assurer que les patients admissibles à une aide financière la reçoivent. Si vous avez des questions concernant cette demande, les documents justificatifs requis ou la meilleure façon de nous faire parvenir votre demande, veuillez appeler l'un de nos représentants des patients au

Facility where service was provided	Phone #
Henry Ford St. John Hospital	877-809-6191
Henry Ford Warren Hospital	888-329-0421
Henry Ford Madison Heights Hospital	888-329-0421
Henry Ford Providence Novi Hospital	800-878-2455
Henry Ford Providence Southfield Hospital	800-878-2455
Henry Ford River District Hospital	888-329-0421

Cordialement,

Services financiers aux patients,
Henry Ford Health

Demande d'aide financière

Informations sur le patient

(Veuillez l'imprimer et remplir tous les champs. Indiquez S.O. si pas applicable sur une ligne particulière de la demande)

Date _____ Numéro de compte _____

Prénom et nom _____

Date de naissance _____ État civil _____ Numéro de téléphone _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Numéro de sécurité sociale (optionnel) _____

Employeur _____ Situation d'emploi _____

Nombre d'heures travaillées par semaine _____ Numéro de téléphone de l'employeur _____

Informations sur la personne responsable / informations sur le tuteur légal

(Si le patient ci-dessus est le même que la personne responsable, laissez cette section vide.)

Prénom et nom _____

Date de naissance _____ État civil _____ Numéro de téléphone _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Numéro de sécurité sociale (optionnel) _____

Employeur _____ Situation d'emploi _____

Nombre d'heures travaillées par semaine _____ Numéro de téléphone de l'employeur _____

Informations sur le conjoint responsable

(Si le patient est la personne responsable, remplissez les informations relatives au conjoint du patient.)

Prénom et nom _____

Date de naissance _____ État civil _____ Numéro de téléphone _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Numéro de sécurité sociale (optionnel) _____

Employeur _____ Situation d'emploi _____

Nombre d'heures travaillées par semaine _____ Numéro de téléphone de l'employeur _____

Dépendants de la personne responsable

(Si le patient est la personne responsable, remplissez les informations relatives au conjoint du patient.)

Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne responsable _____

Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne responsable _____

Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne responsable _____

Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne responsable _____

Nombre d'adultes et d'enfant vivant dans le foyer _____

Revenus mensuels

(remplissez le montant en dollars pour chaque élément listé ci-dessous. Fournissez le montant mensuel pour chacun.)

Revenu du demandeur _____
Revenu du conjoint-e du demandeur _____
Prestation de sécurité sociale _____
Revenu de pension/retraite _____
Pension d'invalidité _____
Indemnités de chômage _____
Indemnisation de salarié-e _____
Revenus d'intérêts/dividendes _____

Pension alimentaire pour mineur perçue _____
Pension alimentaire perçue _____
Revenus locatifs _____
Bon alimentaires _____
Revenus de fonds de placement perçus _____
Autres revenus _____
Autres revenus _____
Revenu mensuel brut total \$ _____

Dépenses mensuelles

Prêt immobilier/location _____
Services _____
Téléphone (fixe) _____
Téléphone portable _____
Epicerie/alimentation _____
Câble/internet/TV par satellite _____
Paiements pour la voiture _____
Garde d'enfants _____

Pension alimentaire/pension pour enfant _____
Cartes de crédit _____
Factures médicales/hospitalières _____
Assurance automobile _____
Assurance habitation _____
Assurance/complémentaire de santé _____
Assurance vie _____
Autres dépenses mensuelles _____
Dépenses mensuelles totales \$ _____

Actifs

Espèces/épargne/comptes-chèques _____
Actions/obligations/investissements/Certificats de dépôt _____
Autres biens immobiliers/résidences secondaires _____
Bateau/Véhicule de loisirs/moto/véhicule de plaisance _____
Automobile de collection/ automobile non essentielle _____
Autres actifs _____

Par la présente, je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et exactes à ma connaissance. Par la présente, j'autorise l'hôpital à obtenir des informations auprès d'agences externes d'évaluation de crédit si l'hôpital le juge opportun.

Signature du Demandeur _____

Date _____

Remarques _____



Lettre de soutien

Numéro du dossier médical du patient / numéro de compte _____

Nom du soutien _____

Lien avec le patient/demandeur : _____

Adresse du soutien _____

Pour Henry Ford Health :

Cette lettre a pour but d'informer que (nom du patient) _____ ne reçoit que peu ou pas de revenus et que je l'aide à couvrir ses frais de subsistance. Il/elle n'a que peu ou pas d'obligations envers moi.

En signant cette déclaration, je reconnais que les informations fournies sont exactes au regard de mes connaissances.

Signature du soutien _____ Date _____