NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL
DEMANDE D'AIDE MÉDICALE

Nom du patient _____ Date de naissance _____
Nom Prénom Init. 2e prénom

Adresse _____
Numéro et rue, n° d'appartement Ville État Code postal

N° de téléphone (_____)_____ Profession _____ Employeur _____

Adresse de l'employeur _____ Tél. employeur_____

Revenus – Liste combinée de vos revenus, des revenus de votre conjoint(e) et de tous les autres membres de votre foyer provenant de :

Type de revenu	Total des revenus des trois derniers mois	Total des revenus des douze derniers mois
Salaires		
Revenus d'activité indépendante		
Aide publique		
Sécurité sociale		
Indemnités de chômage/d'accident du travail		
Prestation compensatoire		
Pension de l'aide à l'enfance		
Pensions/Retraites		
Revenu de dividendes		
Total		

L'hôpital demande que vous produisiez des justificatifs attestant des revenus indiqués ci-dessus. Les documents peuvent comprendre, par exemple, des talons de chèques de paie, des lettres d'employeur, si applicable, le formulaire 1040, etc.

Taille du foyer - Nombre de membres de la famille constituant votre foyer :

Nom	Âge	Relation

Remarque : ajoutez une autre feuille si vous avez besoin d'espace supplémentaire.

VOUS POUVEZ DÉPOSER CETTE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À L'HÔPITAL À TOUT MOMENT PENDANT LE PROCESSUS DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT.

APRÈS AVOIR ENVOYÉ VOTRE DEMANDE DÛMENT REMPLIE ET LES JUSTIFICATIFS EXIGÉS À L'ADRESSE CI-DESSOUS, VOUS POURREZ IGNORER TOUTE FACTURE ÉVENTUELLE JUSQU'À CE QUE L'HÔPITAL AIT RENDU UNE DÉCISION ÉCRITE CONCERNANT VOTRE DEMANDE.

POUR DÉPOSER CETTE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE, VEUILLEZ LIRE L'ATTESTATION SUIVANTE ET LA SIGNER À L'EMPLACEMENT INDIQUÉ CI-APRÈS.

PAR LA PRÉSENTE, JE DEMANDE À CE QUE LE NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL RENDE UNE DÉCISION ÉCRITE CONCERNANT MON ADMISSIBILITÉ À L'AIDE MÉDICALE. JE COMPRENDS QUE LES RENSEIGNEMENTS QUE JE FOURNIS CONCERNANT MES REVENUS ANNUELS ET LA TAILLE DE MON FOYER POURRONT ÊTRE VÉRIFIÉS PAR L'HÔPITAL. JE COMPRENDS ÉGALEMENT QUE S'IL EST ÉTABLI QUE LES RENSEIGNEMENTS QUE J'AI FOURNIS SONT INEXACTS, CELA ENTRAÎNERA LE REFUS DE L'AIDE MÉDICALE ET QUE JE POURRAIS DEVOIR ASSUMER LES FRAIS DES SERVICES FOURNIS. J'ATTESTE ÉGALEMENT QUE LES INFORMATIONS FOURNIES PRÉCÉDEMMENT SONT, À MA CONNAISSANCE, EXACTES. EN OUTRE, J'AUTORISE LE NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL À VÉRIFIER TOUTE INFORMATION PERTINENTE RELATIVE À CETTE DEMANDE.

Date _____ Signature du demandeur _____ N° de compte _____

Envoyez votre demande dûment remplie à : NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital
3 Expressway Plaza, Suite 200
Roslyn Heights, NY 11577
Ou envoyez-la par télécopie au : (516) 801 8504