

**NEW YORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL
DEMANDE D'AIDE MÉDICALE**

Nom du patient _____ Date de naissance _____
Nom Prénom Initiale 2^e prénom

Adresse _____
Numéro et rue, n^o apt Ville État Code postal

N^o de téléphone (____) _____ Profession _____ Employeur _____

Adresse de l'employeur _____ Tél. employeur _____

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

Type de revenu	Total des revenus pour les 3 derniers mois	Total des revenus pour les 12 derniers mois
Salaires		
Revenus d'activité indépendante		
Aide publique		
Sécurité Sociale		
Indemnités de chômage/d'accident du travail		
Pension alimentaire		
Pension alimentaire pour enfant		
Pensions/Retraites		
Revenus de dividendes		
Total		

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

Taille du foyer - 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 TOUT MOMENT PENDANT LE PROCESSUS DE FACTURATION ET DE RECOUVREMENT.

APRÈS AVOIR ENVOYÉ VOTRE DEMANDE COMPLÈTE ET LES JUSTIFICATIFS EXIGÉS À L'ADRESSE CI-DESSOUS, ATTENDEZ QUE L'HÔPITAL AIT RENDU UNE DÉCISION ÉCRITE CONCERNANT VOTRE DEMANDE AVANT DE PAYER LES FACTURES QUE VOUS POURRIEZ ÉVENTUELLEMENT RECEVOIR.

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

PAR LA PRÉSENTE, JE DEMANDE QUE L'HÔPITAL PRESBYTÉRIEN DE NEW YORK CONFIRME PAR ÉCRIT 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, MA DEMANDE D'AIDE MÉDICALE SERA REFUSÉE ET 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 L'HÔPITAL PRESBYTÉRIEN DE NEW YORK À VÉRIFIER TOUTE INFORMATION PERTINENTE RELATIVE À CETTE DEMANDE.

Date _____ Signature du demandeur _____ N^o de compte _____

Envoyez votre demande remplie à :

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services
3 Expressway Plaza, Suite 200
Roslyn Heights, NY 11577
Att.: Jerome Fields
Ou envoyez-la par fax au : (516) 801 8504