



Cher patient/partie responsable,

Nous vous envoyons cette demande parce que vous pourriez être éligible à notre **programme d'aide financière**.

Le formulaire ci-joint ne s'applique qu'aux factures de l'hôpital et de ses médecins salariés. Pour une liste des médecins inclus, veuillez consulter notre politique d'aide financière, à l'Annexe A. Ce formulaire ne concerne pas les autres factures médicales que vous pourriez avoir, telles que la radiologie, les médecins ne faisant pas partie du personnel, les ambulances, etc.

Pour être admissible à une aide complète ou partielle, vous **devez** remplir la demande d'aide financière. La partie responsable **doit signer** en bas et retourner la demande remplie.

Il est nécessaire que vous nous fournissiez **vos dernière déclaration de revenus fédérale** pour la documentation à l'appui. Si vous n'avez pas produit de déclaration de revenus, veuillez indiquer et joindre deux des documents énumérés ci-dessous.

Déclaration d'impôt sur le revenu de l'État  
Fiches de paie de l'employeur  
Documentation écrite provenant des sources de revenus  
Copies de tous les relevés bancaires des trois derniers mois  
Document W-2  
Document 1099

Si, pour une raison quelconque, vous ne pouvez pas nous fournir les informations demandées, veuillez joindre une déclaration écrite expliquant pourquoi vous ne pouvez pas fournir ces informations.

Pour toute aide pour remplir la demande ou pour retourner la demande dûment remplie en personne, veuillez consulter l'un de nos conseillers financiers à l'adresse ci-dessous :

OU Medical Center	OUMC Edmond
711 SL Young Blvd, Suite 100	1 S Bryant
Oklahoma City OK	Edmond Ok 73034

Veuillez prévoir trente (30) jours ouvrables pour notre processus d'examen. Nous vous informerons de notre décision par lettre.

**N'oubliez pas que si vous renvoyez ce formulaire, votre facture peut être incluse dans notre programme d'aide financière.**

**Envoyez votre demande par courrier et tous les documents requis aux :**  
**Services de compte patient**  
**A l'attention du : Département de recherche et de correspondance**  
**10030 MacArthur Blvd.**  
**Irving, TX 75063**

**DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE**

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_ Numéro de compte \_\_\_\_\_  
 Nom du patient \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_  
 Nom de la partie responsable \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

**Personnes à charge dans le ménage**

(Cela comprend le conjoint, les enfants de moins de 18 ans et tous les autres présentes dans votre déclaration de revenus)

Nom (Prénom et nom de famille si différent du patient)	Âge
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Emploi (patient/partie responsable)**

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Taux horaire \_\_\_\_\_ Heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_  
 Revenu brut hebdomadaire, mensuel ou annuel courant (avant impôts) \_\_\_\_\_  
 Si chômeur, date de la dernière intervention \_\_\_\_\_

**Emploi du conjoint**

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Taux horaire \_\_\_\_\_ Nombre d'heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_  
 Revenu brut hebdomadaire, mensuel ou annuel courant (avant impôts) \_\_\_\_\_  
 Si chômeur, date de la dernière intervention \_\_\_\_\_

**Autres revenus**

	<b>Patient</b>	<b>Époux</b>
Sécurité sociale		
Pension		
Chômage		
Indemnisation des travailleurs		
Avantages VA		
Revenus locatifs		
Actions, obligations, 401 000		
Dividende/intérêt		
Soutien aux enfants		
Pension alimentaire		
Autre		

Avez-vous demandé Medicaid ou une toute autre aide de l'État/du comté ? \_\_\_\_\_  
 Si oui et si elle est connue, le numéro de dossier \_\_\_\_\_ Date de demande \_\_\_\_\_

Je, soussigné, certifie que je suis admissible à une aide financière parce que je suis la personne responsable du paiement des sommes qui pourraient être dues en raison des services fournis. Je certifie en outre que les informations ci-dessus sont vraies et exactes à ma connaissance. Je comprends que les informations soumises sont sujettes à vérification. Dans le processus d'examen, un rapport de



crédit peut être demandé pour vérifier les informations fournies dans cette demande et pour aider à déterminer si je suis qualifié pour une aide financière. Je comprends que la falsification des informations ou l'omission de remplir tous les champs soumis peut compromettre ma considération pour le programme.

Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Mail au : Service des comptes aux patients, Service de recherche et correspondance, 10030 MacArthur Blvd, Irving, TX 75063**