

**DEMANDE CONFIDENTIELLE DE PROGRAMME D'ASSURANCE DES SOINS HOSPITALIERS (HCAP) ou d'AIDE FINANCIÈRE**

Pour les services hospitaliers et professionnels fournis par les établissements et les médecins de Trinity Health

Personnel et confidentiel

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

**Garant :** Guarantor smarttext

**Numéro de dossier :** smarttext

**Patients inclus dans le dossier :**

- smarttext patient name(s)

Cher/chère patient name smarttext,

Nous vous remercions d'avoir choisi RHM smarttext en tant que prestataire de soins de santé. Veuillez remplir le formulaire ci-joint et le renvoyer à l'adresse ci-dessous afin de compléter l'évaluation de votre aide financière.

Si vous avez des questions, veuillez contacter notre centre de service à la clientèle au 800-494-5797, du lundi au vendredi de 9 h à 17 h, heure de l'est.

Cordialement,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

Au nom de RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

**DEMANDE CONFIDENTIELLE DE PROGRAMME D'ASSURANCE DES SOINS HOSPITALIERS (HCAP) ou d'AIDE FINANCIÈRE**

Pour les services hospitaliers et professionnels fournis par les établissements et les médecins de Trinity Health

**Veillez compléter et signer le formulaire de demande et le renvoyer dans les 10 jours, accompagné des copies des documents suivants :**Justificatifs obligatoires

- Justificatif de revenu brut du mois dernier     Preuve de revenu brut des trois derniers mois (si vous présentez une demande de HCAP)
- Relevés bancaires complets des deux derniers mois de tous les comptes bancaires, avec toutes les pages (explication des dépôts récurrents)
- Déclaration d'impôts récente (formulaire 1040 avec annexe C, E ou F) ou compte de résultat de trois mois (pour les travailleurs indépendants/personnes à charge)

Fournir les éléments suivants, le cas échéant

- Formulaire W2 récent pour les revenus saisonniers
- Allocations de chômage/Lettre de refus
- Pension alimentaire
- Pas de revenus - Remplir la partie de la demande consacrée à la lettre de soutien financier

**Informations concernant le patient**

Nom du patient		Date de naissance			
Numéro de sécurité sociale/numéro EIN (facultatif)		Téléphone portable		Autre téléphone	
Adresse postale		Ville		État	Code postal
Adresse électronique		Dans quel État résidez-vous?			
État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Autre _____					
Date(s) du service hospitalier : De _____ à _____					
Déposez-vous une déclaration d'impôt fédéral? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi?			Pouvez-vous être déclaré(e) comme personne à charge sur la déclaration d'impôts d'une autre personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Est-ce que vous ou les personnes à votre charge étiez couverts par une assurance maladie au moment du service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Fournir une copie de la carte d'assurance)					
Êtes-vous un(e) résident(e) légal(e) des États-Unis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre					
Membres du ménage, y compris vous-même sur la base de vos récentes déclarations de revenus	Date de naissance	Relation avec le patient	Revenu pour les 3 mois précédant le service hospitalier	Revenu des 12 mois précédant le service hospitalier	Réclamé dans la déclaration de revenus (O/N)
(Patient)		même			

**DEMANDE CONFIDENTIELLE DE PROGRAMME D'ASSURANCE DES SOINS HOSPITALIERS (HCAP) ou d'AIDE FINANCIÈRE**

Pour les services hospitaliers et professionnels fournis par les établissements et les médecins de Trinity Health


**Vérification des revenus de tous les membres du ménage**

Source de revenu mensuel	Qui reçoit cela?	Revenu mensuel brut (avant impôts)	Source de revenu mensuel	Qui reçoit cela?	Revenu mensuel brut (avant impôts)
Salaires			Indemnisation des accidents du		
Sécurité sociale/invalidité			Chômage		
Retraite [Pension]			Pension alimentaire		
Travail indépendant			Revenus fonciers locatifs		
Assistance publique			Autre		

**Lettre de soutien financier - À remplir uniquement par la personne fournissant le soutien.**

- Je contribue à plus de 50% aux frais de subsistance du patient, mais je ne suis pas en mesure de l'aider à payer ses factures médicales
- En signant cette lettre, je certifie que la déclaration ci-dessus est correcte et que je ne serai en aucun cas tenu responsable des factures du patient. Si vous avez des questions, veuillez me contacter au: \_\_\_\_\_ (Numéro de téléphone)

**Nom de la personne fournissant le soutien****Relation avec le patient****Signature de la personne fournissant le soutien****Date****VÉRIFICATION DES REVENUS ET DE L'IDENTITÉ**

Je certifie que les informations figurant dans la présente demande sont, à ma connaissance, exactes et complètes. Je comprends que les informations fournies peuvent faire l'objet d'une vérification. Je serai responsable du remboursement de tous les services fournis aux affiliés de Trinity Health si les informations ci-dessus sont fournies de façon frauduleuse.

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Ou Signature du tuteur légal (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Relation avec le patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Veuillez envoyer votre demande par courrier à l'adresse ci-dessus, par télécopie au 312-871-3350 ou en téléchargeant les documents via MyChart (portail des patients) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Si vous avez des questions, veuillez contacter notre Centre de service à la clientèle au 800-494-5797 du lundi au vendredi de 9 h à 17 h, heure de l'est.**