

Cher Patient,

Ci-joint est le formulaire d'Assistance Financière de BIDMC. Veuillez le compléter dans son entièreté et le retourner avec toute la documentation requise. Les formulaires incomplets peuvent résulter au rejet d'assistance financière.

Le délai pour retourner le formulaire est de 240 jours à partir du premier relevé de facturation pour les services pour lesquels l'assistance financière est demandée.

Le Centre Médical Beth Israel Deaconess et ses affiliés sont dévoués à offrir une assistance financière aux patients qui ont besoin de soins de santé et qui sont non assurés, sous-assurés, inéligibles pour un programme gouvernemental ou autrement incapables de payer pour les soins médicaux nécessaires basés sur leur propre situation financière.

Si vous avez des questions, veuillez contacter le Conseil Financier au numéro indiqué ci-dessous.

Merci.

Retournez le formulaire à :

Unité du Conseil Financier  
Centre Médical Beth Israel Deaconess  
East Campus /Rabb  
Bureau 111  
330 Avenue Brookline  
Boston, MA 02215  
617-667-5661

## Demande d'Assistance Financière pour Soins de Charité

### Veillez Imprimer

Date d'aujourd'hui : \_\_\_\_\_ Sécurité Sociale # \_\_\_\_\_

Numéro d'Enregistrement Médical : \_\_\_\_\_

Nom du Patient : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Rue

Numéro Apt.

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

État

\_\_\_\_\_

Code postal

Date des Services de l'Hôpital : \_\_\_\_\_

Date de Naissance du Patient

\_\_\_\_\_

Le patient avait-il une assurance de santé ou Medicaid\*\* au moment de l'hospitalisation? Oui  Non   
Si « Oui », joignez une copie de la carte d'assurance (recto et verso) et complétez ce qui suit :

Nom de la Compagnie d'Assurance : \_\_\_\_\_ Numéro de Police : \_\_\_\_\_

Date d'exécution : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de l'assurance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\* Avant de formuler pour l'assistance financière, vous devez avoir formulé une demande à Medicaid au cours des 6 derniers mois et devrez montrer une preuve de refus.

*Remarque : L'assistance financière pourrait ne pas s'appliquer si un Compte d'Épargne-Santé (HSA), un Compte de Remboursement pour la Santé (HRA), un Compte de Dépense Flexible (FSA) ou un fonds similaire destiné aux frais médicaux familiaux a été établi. Le paiement à partir de n'importe quel fonds établi est requis avant que l'assistance puisse être offerte.*

### **Pour formuler à une assistance financière, complétez ce qui suit :**

Listez tous les membres de la famille, y compris le patient, les parents, les enfants et/ou les frères et sœurs, biologiques ou adoptés, âgés de moins de 18 ans résidant à la maison.

Membre de Famille	Âge	Relation au Patient	Source de Revenu ou Nom de l'Employeur	Revenu Brut Mensuel
1.				
2.				
3.				
4.				

En plus du Formulaire d'Assistance Financière, nous avons également besoin de la documentation suivante attachée à ce formulaire :

- Déclarations de revenus actuelles de l'État ou du fédéral

- Formulaires W2 et/ou 1099 actuels
- Les quatre relevés de paie les plus récents
- Les quatre derniers relevés de compte courant et/ou de compte d'épargne
- Les comptes d'épargne santé
- Ententes de remboursement de frais de santé
- Comptes de dépenses flexibles

Si ces documents ne sont pas disponibles, veuillez appeler l'Unité du Conseil Financier au (617) 667-5661 pour discuter de toute autre documentation qu'ils pourraient fournir.

Par ma signature ci-dessous, je certifie que je certifie que j'ai lu attentivement la politique et la demande d'assistance financière et que tout ce que j'ai déclaré ou toute documentation que j'ai jointe est Vraie et correcte au meilleur de ma connaissance. Je comprends qu'il est illégal de soumettre sciemment de fausses informations pour obtenir de l'assistance financière.

Signature du Demandeur : \_\_\_\_\_

Relation au Parent : \_\_\_\_\_

Date Complétée : \_\_\_\_\_

Si votre revenu est complété de quelque façon ou si vous avez déclaré un revenu de 0,00 \$ sur ce formulaire, ayez la Déclaration d'assistance ci-dessous complétée par la ou les personnes fournissant de l'aide à vous et votre famille.

**Déclaration d'Assistance**

J'ai été identifié par le patient/partie responsable comme fournissant une assistance financière. Ci-dessous est une liste des services et de l'assistance que je fournis

---



---



---



---



---



---



---



---

Je soussigné certifie et vérifie que toute l'information fournie est vraie et correcte au meilleur de ma connaissance. Je comprends que ma signature ne me rendra pas financièrement responsable des frais médicaux du patient.

Signature : \_\_\_\_\_ Date d'exécution : \_\_\_\_\_

Veillez permettre 30 jours à partir de la date où le formulaire complété est reçu pour la détermination de l'éligibilité.

Si elle est éligible, l'aide financière est accordée pour une période de six mois à compter de la date d'approbation et est valable pour toutes les filiales de Beth Israel Lahey, tel qu'indiqué dans l'Annexe 5 de leurs politiques d'Assistance Financière respectives :

- Hôpital Anna Jaques
- Hôpital Addison Gilbert
- Hôpital BayRidge
- Centre Médical Beth Israel Deaconess-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Hôpital Beverly
- Hôpital et centre médical Lahey, Burlington
- Centre médical Lahey, Peabody
- Hôpital Mount Auburn
- Hôpital New England Baptist
- Hôpital Winchester

Personnel uniquement	
Formulaire Reçu par :	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>