

HÔPITAL ET CENTRE MÉDICAL D'ENFANTS

Demande d'aide financière

Veillez entourer le ou les prestataire(s) de santé pour lesquels vous déposez une demande d'aide financière :

Hôpital	Médecins spécialistes	Pédiatres	Soins à domicile
Children's Hospital Patient Accounts PO Box 247036 Omaha, NE 68124-7036	Physician Billing PO Box 24607 Omaha, NE 68124	Children's Physicians (précisez le lieu du cabinet)	Children's Home Healthcare Patient Accounts 4156 South 52 Street Omaha, NE 68117

Veillez fournir les informations suivantes à propos du ou des comptes patients et à propos de vous :

Nom du ou des patients					
Numéro de compte de l'hôpital, du médecin ou du service de soins à domicile		Solde exigible	Numéro de compte de l'hôpital, du médecin ou du service de soins à domicile		Solde exigible
Nom de la personne qui remplit le formulaire				Relation avec le patient	
Adresse postale				Numéro de téléphone en journée	
				Numéro de téléphone en soirée	
Nombre de personnes salariées au sein du foyer			Nombre de personnes à charge au sein du foyer		
Revenu mensuel brut total (toutes les personnes salariées)		(Veillez inclure les pensions alimentaires, les allocations d'invalidité et allocations chômage dans vos revenus.)			
Commentaires					

Renvoyez tous les éléments suivants à l'adresse que vous avez entourée ci-dessus :

- ✓ Formulaire de demande d'aide financière dûment rempli
- ✓ Dernier formulaire W-2 ou dernière déclaration de revenus pour toutes les personnes salariées
- ✓ Dernière fiche de paie ou document indiquant toute autre source de revenus pour toutes les personnes salariées / bénéficiaires
- ✓ Notification des Services de Santé et Sociaux déclarant que le patient n'est pas admissible à Medicaid

Employé qui a remis le formulaire à la famille		Date de remise du formulaire	
Date d'échéance pour le renvoi du formulaire (15 jours)			

Je certifie que les informations susmentionnées sont, à ma connaissance, véridiques et exactes à la date indiquée ci-dessous.

Signature de la personne qui remplit le formulaire	Date

A usage interne uniquement	Pourcentage et montant en dollars de l'aide financière autorisée	%	\$
Autorisé par :	Signature	Date	