



7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231

Appelez-nous au 214-489-7252 ou envoyez un courriel à tifsfa@tifs.org

Date : _____ Nom du répondant : _____

Nom du patient : _____ Date de soins : _____

Compte hospitalier No. _____ Dossier médical No. _____

Chère patiente, cher patient,

Vous trouverez ci-joint la Demande d'aide financière Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery. La soumission de cette demande nous permettra de présenter votre compte pour examen afin de confirmer ou non votre admissibilité à l'aide financière pour vos factures d'hôpital. Ceci s'applique uniquement à vos frais d'hospitalisation.

Nous comprenons votre désir de préserver votre sphère privée. Par conséquent, sauf à des fins de vérification, les renseignements inclus dans votre demande seront traités comme des renseignements confidentiels. Ils ne seront partagés qu'au sein du personnel de Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery sur la base du « besoin de savoir ».

Veuillez remplir la demande de manière détaillée. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour des explications, veuillez utiliser le verso du formulaire de demande.

Veuillez fournir des copies de vos bulletins de paie du mois en cours et des deux mois précédents et/ou une preuve de toute autre forme de revenu de votre foyer. Si vous ne recevez pas de bulletins de salaire, veuillez fournir des copies de vos relevés bancaires indiquant vos dépôts mensuels. Si vous êtes travailleur indépendant, veuillez fournir une copie de votre déclaration de revenus la plus récente et un bilan à jour. La non-production des documents demandés peut entraîner un refus d'aide financière.

Il est extrêmement important que vous remplissiez cette demande dès réception et que vous la retourniez dès que possible.

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir cette demande ou s'il y a un point qui n'est pas clair, veuillez nous appeler. Votre coopération est appréciée.

7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231

Appelez-nous au 214-489-7252 ou envoyez un courriel à tifsfa@tifs.org

ACTIF

Compte courant	\$ _____
Compte d'épargne	\$ _____
CD, IRA	\$ _____
Autres placements (actions, obligations, etc.)	\$ _____
Propriétés/terrains autres que la résidence principale	\$ _____

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE – Page 2

Nom de l'employeur _____	Employeur du conjoint : _____
Numéro de téléphone _____	Numéro de téléphone _____
Adresse de l'employeur _____	Adresse de l'employeur _____
Activité _____	Activité _____

Demandez-vous actuellement des prestations Medicaid ?	_____	Oui	_____	Non
Avez-vous demandé de l'aide par l'intermédiaire de votre hôpital de comté/programme de personne en détresse ?	_____	Oui	_____	Non
Votre médecin vous fait-il don de ses services ?	_____	Oui	_____	Non
Y a-t-il des tiers potentiellement responsables de votre accident/blessure/maladie ?	_____	Oui	_____	Non
Quelqu'un vous aide-t-il à payer vos factures d'hôpital ?	_____	Oui	_____	Non
Qui vous assiste ?	_____			
Combien d'aide recevez-vous ?	_____			

Dressez la liste de tout autre renseignement qui, selon vous, pourrait nous être utile pour déterminer votre admissibilité à de l'aide pour payer votre facture d'hôpital.

Gains et/ou fonds attendus que vous recevrez pendant votre congé en raison de votre maladie (Congés de maladie, congés payés, revenu d'invalidité de courte ou de longue durée). _____ \$

Durée prévue pendant laquelle vous ne pourrez pas travailler et/ou gagner un salaire : _____

Je comprends que Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery peut vérifier les informations financières contenues dans cette demande dans le cadre de l'évaluation de ladite demande par l'hôpital, et autorise par la présente l'hôpital à contacter mon employeur pour certifier les informations fournies et demander des rapports aux agences d'évaluation du crédit. Je suis conscient(e) que ces renseignements seront utilisés pour déterminer mon admissibilité à l'aide financière et que la falsification des renseignements contenus dans cette demande pourrait entraîner le refus de l'aide financière pour les soins. Je comprends également que toute octroi d'aide financière peut être annulée complètement ou partiellement en cas de recouvrement auprès d'un tiers ou d'une autre source.

Je comprends également que l'aide financière que je reçois n'est pas à interpréter comme une renonciation par l'hôpital à son privilège hospitalier concernant le remboursement de tout montant dû, et que tout remboursement que je reçois relatif à cette hospitalisation est à reverser à Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery.

Signature du Demandeur, si le patient

Date

Signature du Demandeur, si autre que le patient

Relation

Adresse du patient Ville État Code postal Comté

Numéro de téléphone du domicile