SSMHealth Rehabilitation Network

Formulaire de demande d'aide financière

SECTION 1: INFORMATIONS DU PATIENT

Imprimez votre nom complet, votre adresse au moment où vous avez reçu un service médical et d'autres informations notées dans cette section.

Numéro de compte _____ Date (s) du service _____

Nom du patient : _____

FAMILLE PRÉNOM INITIALE MILIEU

Adresse : _____ Ville : _____ Comté : _____

NUMÉRO ET RUE

Province de résidence : _____ Code postal : _____ Date de naissance : _____ / ____ / _____ État Civil : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé

Nº de téléphone principal : (_____) _____ ☐ Domicile ☐ Mobile ☐ Travail ☐ Autre _____

Adresse de courriel : _____

Assurance maladie à la date de la prestation : ☐ Sans assurance ☐ Medicare ☐ Medicaid _____ ☐ Autre

SECTION 2 : REVENU FAMILIAL ET ACTIFS

Fournissez un revenu pour vous-même, votre conjoint et tous les autres membres de la famille (le cas échéant).

Source de revenu	Total des 3 mois avant le service	Total pour 12 mois avant le service
Salaires / Travail indépendant	$	$
Sécurité sociale	$	$
Pension, dividendes, intérêts, revenus de location	$	$
Chômage, indemnisation d'accidents du travail	$	$
Pension alimentaire pour enfant (uniquement si le patient est le	$	$
Autre	$	$

Total net des actifs (actif - dette) à la date d'application : $ _____

SECTION 3 : INFORMATIONS FAMILIALES ET REVENUS

Liste de tous les membres de famille de votre ménage et leur date de naissance.

Veuillez fournir les informations suivantes pour toutes les personnes de votre famille immédiate qui vivent dans votre maison. Aux fins de HCAP, la famille est définie comme le patient, le conjoint du patient et tous les enfants du patient de moins de 18 ans (naturels ou adoptifs) qui vivent au domicile du patient. Si le patient a moins de 18 ans, la famille comprendra le patient, le (s) parent (s) naturel ou adoptif du patient et le (s) parent (s) enfants de moins de 18 ans (naturels ou adoptifs) qui vivent au domicile du patient.

Nom des membres de la famille, y compris le patient	Date de naissance	Lien avec le patient
1. Patient		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Par ma signature ci-dessous, je certifie que tout ce que j'ai déclaré sur cette demande et sur les pièces jointes est vrai.

Signature de la partie responsable : x_____ Date : _____

Par ma signature ci-dessous, je certifie que j'ai vérifié et approuvé cette application.

Signature du Directeur général de l'hôpital : x

_____ Date_____

Veuillez envoyer la demande remplie à : **SSM Rehabilitation Network**

12380 DePaul Drive Bridgeton, MO 63044 (314)447-9700