

Demande du patient pour une aide financière/médicamenteuse

Kettering Health Main Campus, Kettering Health Miamisburg, Kettering Health Dayton, Kettering Health Washington Township, Kettering Health Greene Memorial, Soin Medical Center, Kettering Health Hamilton, Kettering Health Behavioral Medical Center et Kettering Health Troy

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (OBLIGATOIRE)
Renseignements complets sur le patient répertoriés ci-dessous.

Date de l'acte hospitalier _____

Nom du patient _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Ville _____ État _____ Code postal _____ Numéro de téléphone (_____) _____

Avez-vous demandé des prestations Medicaid au cours des 90 derniers jours ? Oui Non

Étiez-vous résident de l'Ohio au moment de l'acte hospitalier ? Oui Non

Étiez-vous un bénéficiaire actif de Medicaid au moment de l'acte hospitalier ? Oui Non

Étiez-vous un bénéficiaire actif d'une assistance aux personnes handicapées (de type Disability Assistance) au moment de l'acte ? Oui Non

État civil: Marié(e) Divorcé(e) Veuf/Veuve Célibataire Concubin(e)

PARTIE 2 : TAILLE DE LA FAMILLE (OBLIGATOIRE)
Indiquez la taille de la famille et indiquez le nom, la date de naissance et l'âge de tous les membres du ménage, ainsi que leur lien avec le patient.

Taille du ménage _____ (y compris vous-même, votre conjoint(e)/concubin(e), toutes les personnes à charge et les autres membres du ménage)

Nom du conjoint(e)/concubin(e) _____ Date de naissance _____

Fournissez les informations suivantes pour tous les membres du ménage, ainsi que leur lien avec le patient, car HCAP et Kettering Health Charity calculent la taille de la famille de différentes manières. (Seuls les parents mariés, nés ou adoptés seront admissibles pour un ménage HCAP.)

Nom	Date de naissance	Age	Lien
-----	-------------------	-----	------

Nom	Date de naissance	Age	Lien
-----	-------------------	-----	------

Nom	Date de naissance	Age	Lien
-----	-------------------	-----	------

Nom	Date de naissance	Age	Lien
-----	-------------------	-----	------

Nom	Date de naissance	Age	Lien
-----	-------------------	-----	------

PARTIE 3 : REVENUS DE LA FAMILLE (OBLIGATOIRE)

Fournissez le revenu mensuel brut pour vous-même, votre conjoint(e)/concubin(e) et tous les autres membres de la famille pour les 3 mois et/ou les 12 mois précédant la date de l'acte hospitalier. Justificatifs de revenus acceptés : talons de chèque, déclarations de revenus/1099/W2, relevés de sécurité sociale/pension/VA, documents judiciaires et autres documents justificatifs de revenus, comme indiqué ci-dessous.

Revenus du ménage	Patient	Conjoint(e)/Concubin(e)	Personne à charge 18-20 an	Parent ou tuteur
Revenus professionnels				
Allocations de sécurité sociale (brut)				
Pension/retraite				
Prestations VA				
Allocation d'invalidité temporaire (AIT/TDI)				
Allocations chômage				
Pension				
Pension alimentaire pour enfants				
Autre (décrire)				
Revenu mensuel total	\$	\$	\$	\$

1. Votre revenu mensuel a-t-il changé au cours des 12 derniers mois ? Oui Non
2. Revenu familial brut total pour les 3 derniers mois \$ _____
3. Revenu familial brut total pour les 12 derniers mois \$ _____
4. Si vous avez déclaré un revenu de 0 \$, fournissez une brève explication de la façon dont vous vous acquittez de vos charges mensuelles.

J'autorise Kettering Health à soumettre et/ou à échanger des documents contenant des informations personnelles avec des sociétés de fabrication pharmaceutique dans le but de m'aider à obtenir une aide financière pour mes dépenses en médicaments et je certifie par ma signature ci-dessous qu'à ma connaissance, tout ce que j'ai déclaré dans cette demande est véridique et exact.

Je comprends que les informations que je sou mets sont sujettes à vérification par Kettering Health. Je comprends que si les informations que j'ai fournies s'avèrent fausses, Kettering Health réévaluera mon statut d'admissibilité à l'aide financière et prendra des mesures appropriées. Je comprends qu'un justificatif de revenu supplémentaire peut être demandé par Kettering Health, et que le fait de ne pas soumettre les documents demandés entraînera le refus de ma demande.

Signature du demandeur/tuteur légal _____ Date _____

Si le document est signé par une personne autre que le patient, indiquez son nom complet et la raison pour laquelle le patient n'est pas en mesure de signer.

Envoyez votre demande et tous les documents applicables à : **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193, Adresse mail : FinancialCounselors@ketteringhealth.org ou par fax au (937) 522-9944.** Pour toute question supplémentaire, appelez le : (937) 914-7680