

Annexe D

Hôpitaux Baptist



Baptist Jacksonville
Baptist South
Baptist Beaches
Baptist Nassau
Baptist Clay
Baptist Town Center
Baptist North
Wolfson Children's Hospital

Demande d'aide financière pour les services hospitaliers

Date :

N° compte :

Informations du patient		Informations du garant (si différent du patient)	
Nom :		Nom :	
Adresse :		Adresse :	
Ville :		Ville :	
État :	Code postal :	État :	Code postal :
Téléphone (domicile) :		Téléphone (domicile) :	
Téléphone (travail) :		Téléphone (travail) :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
N° sécurité sociale :		N° sécurité sociale :	
Situation familiale :		Situation familiale :	

Merci de renseigner vos propres informations, ainsi que celles de votre époux(-se), de tout enfant à charge de moins de 18 ans vivant au foyer et de tout étudiant à temps plein à charge de moins de 25 ans.

Nom	Lien de parenté	Date de naissance	N° de sécurité sociale

Historique professionnel/sources de revenus

Merci d'indiquer, pour l'ensemble des membres du foyer, tout emploi occupé et autres sources/montants de revenus hebdomadaires enregistrés au cours des douze (12) derniers mois.

Membre du foyer	Employeur	Tél. employeur	Salaires mensuels	Date d'embauche MM/AA – MM/AA

Autres sources de revenus

Merci d'indiquer, pour l'ensemble des membres du foyer, toute autre source de revenus mensuels enregistrés au cours des douze (12) derniers mois.

Autres revenus mensuels	Nom du membre du foyer	Du	Au	Montant
Sécurité sociale				
Revenus de placement				
Retraite				
SSI				
Indemnisation chômage				
Indemnisation d'accident du travail				
Pension alimentaire				
TANF				
Allocation aux anciens combattants				
Bien locatif				
Rente d'assurance				
Pension alimentaire pour enfants				
Intérêts créditeurs				
Autres				
Total autres revenus				
Total salaires et autres revenus				

Actifs

Comptes (au comptant, épargne, chèque)	\$
Certificats de placements	\$
Obligations d'épargne, obligations/bons du Trésor des États-Unis	\$
Actions, fonds communs de placement, fonds fiduciaires	\$
Revenus de retraite (401K, 403K, IRA)	\$
Possédez-vous une maison/propriété secondaire autre que votre résidence principale ? : Oui Non	\$ (juste valeur marchande)
Adresse de la maison/propriété secondaire	
Total actifs	\$

J'autorise par la présente mes employeurs actuels et passés, ainsi que ceux de mon époux(-se), à communiquer à Baptist Health System toute information professionnelle et salariale nécessaire. Je certifie par la présente que les informations fournies sur ce formulaire de demande d'aide financière sont, à ma connaissance, correctes et complètes. Baptist Health System peut librement exiger la production d'un justificatif de revenus dans le but de valider mon admissibilité au programme de soins gratuits.

J'autorise par la présente Baptist Health à demander un rapport de solvabilité afin d'analyser au mieux ma demande d'aide financière.

Conformément à l'article 817.50 des Florida Statutes, la communication d'informations erronées dans le but d'escroquer un établissement hospitalier afin d'obtenir des biens ou des services constitue un délit au deuxième degré.

Demandeur/garant : _____ Date : _____

Témoin : _____ Date : _____

Représentant de l'hôpital : _____ Date : _____

Pour vérification des salaires par l'hôpital

Employeur :	Salaires confirmés :
Représentant de la société :	Signature de l'employé :

Financial Assistance Application for Hospital Services.doc

Révisé le 22/09/2016