University of Vermont Health

Programme d'aide financière

customerservice@uvmhealth.org

Besoin d'aide pour remplir la demande ? Appelez-nous au 800-639-2719

Demande d'assistance financière

Veuillez sélectionner le lieu où les services ont été fournis (sélectionnez toutes les options qui s'appliquent)

☐ Central Vermont Medical Center ☐ Porter Medical Center ☐ Centre médical UVM

Informations sur le chef de famille / garant financier

Chef de famille			
Date de naissance	Numéro de sécurité sociale	État civil	Numéro de téléphone

Adresse	Ville	État	Code postal

Membres du foyer

Renseignez tous les membres de votre famille qui vivent dans votre foyer, y compris votre partenaire domestique. Un partenaire domestique est une personne qui vit avec vous dans le cadre d'une relation stable. Un partenaire ne par ailleurs pas un colocataire.

Nom	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale	Lien

Informations supplémentaires

Êtes-vous couvert par une police d'assurance maladie ? Si oui, veuillez fournir les informations ci-dessous :		☐ Oui ☐ Non
Nom de la compagnie d'assurance :	Numéro d'identification :	
Avez-vous demandé à bénéficier de la couverture Medicaid du Vermont ou de New York ?		☐ Oui ☐ Non
Avez-vous fait une demande de couverture auprès de la bourse d'assurance maladie du Vermont ou de New York ?		☐ Oui ☐ Non
Vivez-vous, travaillez-vous ou étudiez-vous dans le Vermont ?		☐ Oui ☐ Non

Dépenses mensuelles

Nous utilisons ces informations pour mieux comprendre votre situation financière.

Loyer ou hypothèque	$:	Médicaments	$:
Taxe foncière	$:	Assurance maladie	$:
Services publics (eau / électricité)	$:	Frais médicaux	$:
Automobile (remboursement de prêt automobile)	$:	Assurances (automobile / habitation)	$:
Garde d'enfants	$:	Pension alimentaire / pension alimentaire pour enfants	$:
Coût de la vie (nourriture / essence)	$:	Autre	$:

Continuez votre demande au verso

Emploi		
	Chef de ménage / Garant financier	**Conjoint / Partenaire domestique**
Employeur ou cochez la case si : (retraité / étudiant / sans emploi)		
Revenu mensuel		
Salaire brut	$:	$:
Revenu d'une activité indépendante	$:	$:
Sécurité sociale	$:	$:
Relevé de pension / de distribution de retraite	$:	$:
Invalidité (à l'exclusion des anciens combattants)	$:	$:
Chômage	$:	$:
Revenus locatifs	$:	$:
Revenus de dividendes	$:	$:
Autres revenus :	$:	$:
Actifs liquides Espèces / Épargne / Placements		
	Chef de ménage / Garant financier	**Conjoint / Partenaire domestique**
Compte courant	$:	$:
Épargnes	$:	$:
CD	$:	$:
Actions / Fonds communs de placement	$:	$:
Obligations	$:	$:
Rentes (si liquides)	$:	$:
Marché monétaire	$:	$:
Compte fiduciaire (si liquide)	$:	$:
Autre :	$:	$:
Autre biens (n'inclut pas votre résidence principale)		
	Valeur	**Solde hypothécaire**
Résidence secondaire / de vacances	$:	$:
Terrain	$:	$:
Propriété locative	$:	$:

Veuillez inclure toute autre information concernant votre situation financière actuelle que vous souhaitez nous communiquer. Par exemple, des difficultés à payer vos factures, votre loyer ou votre nourriture.

Remplissez et signez le formulaire de demande à la page suivante

Liste des documents à fournir

Envoyez votre demande dûment remplie, accompagnée des pièces justificatives, à notre programme d'aide financière de l'hôpital où vous recevez vos soins. L'éligibilité à l'aide est basée sur une série de critères, notamment une évaluation de vos revenus et de vos actifs. Pour votre demande, veuillez fournir les documents requis ci-dessous afin de justifier votre besoin financier.

Revenus :

- Dernière déclaration de revenus fédérale
- À la place de la déclaration de revenus fédérale, vous pouvez soumettre les alternatives énumérées ci-dessous :
    - Salarié / Travailleur indépendant :
        - Deux derniers bulletins de salaire consécutifs (fiches de paie)
        - Attestation écrite des revenus par l'employeur (en cas de paiement en espèces)
        - Confirmation écrite du contrat de travailleur migrant
        - Confirmation écrite de la clinique Open-Door (Open-Door Clinic)
    - Sécurité sociale : Lettre de vérification des prestations pour l'année en cours -ou- dernier relevé 1099-SSA
    - Relevé de pension ou de distribution de retraite : Relevé des prestations en cours -ou- dernier relevé 1099-R
    - Chômage : Relevé des prestations actuelles
    - Revenus locatifs Compte de résultat depuis le début de l'année si le bien immobilier n'est pas inclus dans les actifs
    - Documents attestant de l'aide publique (c'est-à-dire Medicaid, coupons alimentaires, etc.)

Actifs liquides :

- RELEVE actuel de votre établissement financier pour :
    - Comptes chèques et d'épargne
    - Certificats de dépôt (CD)
    - Actions / Fonds communs de placement / Obligations / Marché monétaire
    - Rentes, si elles sont liquides
    - Biens locatifs (si les revenus locatifs ne sont pas inclus dans votre déclaration de revenus fédérale)

Veuillez lire attentivement

Je sollicite une aide financière auprès des partenaires du Vermont du University of Vermont Health Network. Je certifie que toutes les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes. L'University of Vermont Health Network est autorisé à vérifier les informations pertinentes et à échanger des informations concernant mes comptes, ma demande et les pièces justificatives avec ses prestataires affiliés. Toute information incorrecte, incomplète ou fausse fournie peut entraîner l'annulation de ma demande d'aide financière. J'accepte de rembourser la totalité de l'aide financière accordée si je reçois un paiement de quelque nature que ce soit pour les services médicaux couverts par cette demande d'aide financière. Toutes les informations fournies resteront confidentielles conformément aux dispositions de la réglementation fédérale HIPAA.

Signature du chef de famille / garant financier	Date

Veuillez envoyer votre demande dûment remplie à l'adresse ci-dessous. Veuillez vous assurer de joindre les documents requis à la demande.

University of Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401