



321 GENESEE ST, ONEIDA, NEW YORK 13421
DEMANDE DE PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE

VOUS DEVEZ DEMANDER UNE AIDE FINANCIÈRE DANS LES 120 JOURS À PARTIR DE LA DATE DE DÉCHARGE. CE FORMULAIRE REMPLI AVEC TOUS LES DOCUMENTS DEMANDÉS DOIT ÊTRE RETOURNÉ AU BUREAU D'AFFAIRES DANS LES 30 JOURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION. CETTE DEMANDE COUVRIRA UNE PÉRIODE PROSPECTIVE DE 6 MOIS.

Dernier nom _____ Première _____ initiale : _____

Adresse: _____ Ville / État _____ Code

postal _____ Date de naissance des patients: ____/____/____ Numéro de

sécurité sociale _____

Téléphone fixe () _____ Employeur _____

Vérification des revenus: **OBLIGATOIRE**

() Déclarations d'impôt les plus récentes () Relevés de paie de période de 2 mois () Déclarations d'avantages

() Autre précisez) _____ Déni de Medicaid (le cas

échéant) _____ Si aucune preuve de revenu n'est retournée

avec cette demande, l'aide financière sera retardée ou refusée.

Nombre de personnes dans le ménage _____

Revenu brut du patient / garant \$ _____

Revenu brut des conjoints (le cas échéant)\$ _____

Paiements de sécurité sociale non inclus dans le revenu brut \$ _____ Pensions et rentes non incluses

dans le revenu brut \$ _____

Autres revenus: (veuillez préciser) Ex: pension alimentaire, pension alimentaire pour enfants, etc.

\$ _____

Revenu familial brut total \$ _____

(Si votre revenu est inférieur aux Lignes directrices fédérales sur la pauvreté, il se peut que l'on vous demande de demander Medicaid)

Date de service	Le nom du patient	Compte #	Équilibre

Je certifie que les informations ci-dessus sont véridiques et exactes au meilleur de ma connaissance. De plus, je ferai une demande d'assistance ou de paiement à un tiers (Medicare, Medicaid, Insurance, etc.) qui pourrait être à ma disposition pour le paiement des frais d'hospitalisation. Je prendrai toutes les mesures raisonnablement nécessaires pour obtenir une telle assistance et céderai ou paierai à l'hôpital le montant recouvré contre les frais qui font l'objet de la présente demande, quel que soit le moment où ce paiement est reçu. Je comprends que cette demande vise à établir l'admissibilité aux services du programme d'aide financière de Oneida Health. Si des informations que j'ai fournies dans le cadre de cette demande sont ultérieurement jugées incorrectes, l'admissibilité au programme d'aide financière sera réévaluée en fonction des informations correctes et je pourrai être responsable du paiement de tout service précédemment considéré comme éligible.

Relation avec le patient (s) _____ Signature _____ Date ____/____/____

Notre bureau d'affaires est ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 15 h. Si vous avez des questions concernant cette demande, veuillez appeler le 315-361-2230. Merci