



Instructions pour faire une demande d'assistance financière

Nous fournirons une assistance financière pour les services médicalement nécessaires aux patients qui sont qualifiés.

La qualification pour l'assistance financière sera basée sur les lignes directrices fédérales sur la pauvreté (publiées annuellement dans le registre fédéral). Les patients indiquant qu'ils n'ont pas d'assurance ni d'autre moyen de payer pour les services médicalement nécessaires peuvent demander à être considérés pour une assistance financière.

Les patients qui font une demande pour une assistance financière DOIVENT faire une demande pour tous les types d'assistance par le biais de programmes locaux, de l'État et fédéraux (Medicaid, régimes de soins de santé du comté, etc.) et fournir une preuve de dépôt de demande et/ou de refus du programme à McLaren Health Care.

VEUILLEZ RENVoyer LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- **FORMULAIRE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE REMPLI** (les formulaires non complètement remplis ne seront pas pris en considération)
- **JUSTIFICATIFS DES REVENUS DU FOYER** (DEUX DERNIERS TALONS DE PAIE, RELEVÉ BANCAIRE OU AUTRES JUSTIFICATIFS)
- **FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DES REVENUS** (SI VOUS NE PERCEVEZ ACTUELLEMENT AUCUN REVENU)
- **COPIE DE LA DERNIÈRE DÉCLARATION D'IMPÔTS**
- **VEUILLEZ INDIQUER SI CERTAINS DOCUMENTS NE SONT PAS ACCESSIBLES**

McLaren Health Care peut demander des documents financiers supplémentaires nécessaires au traitement de la demande d'assistance financière.

VEUILLEZ RENVoyer LE FORMULAIRE DE DEMANDE REMPLI ET LES JUSTIFICATIFS DANS UN DÉLAI DE QUATORZE (14) JOURS À :

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

Si vous avez des questions ou avez besoin d'assistance pour remplir le formulaire, veuillez contacter :
Services financiers aux patients
Département des services à la clientèle au
(844) 321-1557



HEALTH CARE

Formulaire de vérification des revenus

Le présent formulaire doit seulement être utilisé lorsque le demandeur d'assistance financière ne liste aucun revenu.

Tous les champs de ce formulaire doivent être complétés pour qu'il soit valide.

Nom du demandeur :	Adresse actuelle du demandeur :
--------------------	---------------------------------

Vérification des revenus du demandeur

Je, _____, certifie que je ne dispose d'aucun revenu, gagné ou non professionnel. Je donne la permission à McLaren Health Care de vérifier ma présente déclaration. Je comprends que si McLaren Health Care découvre que je dispose de revenus gagnés ou non professionnels, je serai disqualifié pour toute assistance financière.

Je suis actuellement soutenu par (faites la liste des moyens par lesquels vous payez pour vos dépenses de tous les jours, la nourriture, les vêtements, le logement, y compris les noms de toutes les personnes fournissant un soutien) :

Je comprends qu'un représentant de chez McLaren Health Care puisse contacter les personnes figurant ci-dessus pour vérifier les informations fournies.

Signature

Signature du demandeur : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Date : _____



- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region
- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic
- Hospital Northern Michigan Regional Hospital
- Autre _____

Demande d'assistance financière

Total du ou des soldes dus _____ No. du compte _____

Nom du patient _____ Numéro de Sécurité sociale _____ DDN _____

Adresse du domicile _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Tél. (domicile) _____ Tél. (Autre) _____

Nom de la partie responsable (Garant) _____ Numéro de Sécurité sociale _____ DDN _____

Employeur _____ Tél. (Bureau) _____

Veillez cocher une case : Employé actif Travailleur indépendant Sans emploi Retraité Handicapé

Si vous êtes employé, travaillez-vous : à temps plein à temps partiel avec des horaires flexibles Moyenne d'heures/semaine _____

Nom du conjoint/de la conjointe _____ Numéro de Sécurité sociale _____ DDN _____

Employeur du conjoint/de la conjointe _____

Veillez cocher une case : Employé actif Travailleur indépendant Sans emploi Retraité Handicapé

Si vous êtes employé, travaillez-vous : à temps plein à temps partiel avec des horaires flexibles Moyenne d'heures/semaine _____

Nom et âge des personnes à charge (y compris vous-même et votre conjoint/conjointe) _____

ÉCONOMIES (Certificat de dépôt, marché monétaire, IRA), comptes courants et de coopérative de crédit

Nom de la banque	Ville	Type de compte	Solde

Êtes-vous propriétaire de votre domicile ? Oui Non Si oui, inscrivez-le ci-dessous.

Êtes-vous propriétaire d'autres biens ? Véhicules, caravanes, autres biens immobiliers Oui Non Si oui, inscrivez-les ci-dessous.

BIENS

Bien - Domicile, véhicule, etc.	Valeur marchande	Montant du prêt impayé

REVENUS ET DÉPENSES MENSUELS DU FOYER

Revenus (Détailés)	Montant (mensuel)	Dépenses (Détailées)	Montant (mensuel)
Salaire brut total du foyer		Loyer/prêt immobilier	
Revenu de Sécurité sociale		Impôts fonciers	
Revenu d'intérêts		Automobile	
Revenu de location		Assurance : habitation	
Prestation compensatoire		Assurance : automobile	
Pension alimentaire		Assurance : santé	
Retraite		Assurance : vie	
Assistance générale		Services publics	
Chômage		Alimentation	
Assistance fédérale/de l'État		Essence	
Contributions d'autres entités		Médicales	
Revenu de contrat de terre		Prestation compensatoire/Pension alimentaire	
Indemnités d'accidents du travail		Autre	
Allocations pour familles militaires		Autre	
Autre (veuillez préciser)		Autre	

PRÊTS À TEMPÉRMENTS ET CARTES DE CRÉDIT

Créditeur	Solde dû	Paiement mensuel

Total des revenus	Total des dépenses

Veuillez joindre tous détails supplémentaires concernant vos revenus et vos dépenses qui pourraient être pertinents à votre demande.

J'affirme par la présente que les informations ci-dessus sont correctes à ma connaissance. J'autorise McLaren Health Care Corporation (MHCC) et ses filiales à vérifier toute information pour ce qui est de sa totalité et exactitude. En outre, j'autorise toute information de la sorte à être divulguée à MHCC et à ses filiales. Je comprends qu'en tant qu'organisation caritative, MHCC peut me fournir des soins à prix réduit ou gratuits. En outre, je comprends qu'un rapport de crédit personnel peut être obtenu dans le cadre du processus de prise de décision.

Signature du patient ou de la partie responsable _____ Date _____

Signature du conjoint/de la conjointe _____ Date _____

Les approbations sont valides pour une période de six mois, après lesquels des informations mises à jour seront exigées pour tout service future. Des arrangements de paiement acceptables peuvent être convenus pour tout solde restant et peuvent être ré-évalués à la discrétion de MHCC.

APPROUVÉE REFUSÉE

SIGNATURE AUTORISÉE

DATE

RAISON POUR LE REFUS :