



Instructions Pour Demande d'Aide Financière

Nous fournirons une Aide Financière pour les services médicalement nécessaires aux patients admissibles.

L'admissibilité à l'aide financière sera basée sur les Directives Fédérales sur la Pauvreté (publiées chaque année dans le Federal Register). Les patients qui indiquent ne pas avoir d'assurance ou tout autre moyen de payer les services médicalement nécessaires peuvent demander une Aide Financière.

VEUILLEZ RETOURNER LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- **DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE REMPLIE** (les demandes incomplètes ne seront pas considérées)
- **PREUVE DE REVENU DU MÉNAGE**
Résidents du Michigan: Les 4 derniers talons de paie et 2 relevés bancaires ou autre preuve
Résidents du Ohio: Preuve de revenu (3 mois)
- **FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DES REVENUS** (SI VOUS N'AVEZ ACTUELLEMENT AUCUN REVENU)
- **COPIE DE LA DERNIÈRE DECLARATION D'IMPÔT FÉDÉRALE DÉPOSÉE**
- **VEUILLEZ NOTER SI UN DOCUMENT N'EST PAS ACCESSIBLE**

McLaren Health Care peut demander des documents financiers supplémentaires nécessaires au traitement de la Demande d'Aide Financière.

VEUILLEZ RETOURNER LA DEMANDE COMPLÉTÉE ET PIÈCES JUSTIFICATIVES DANS LES QUATORZE (14) JOURS A:

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

OU FinancialAssistance@mclaren.org

**Toutes les informations demandées doivent être retournées afin d'être traitées / examinées pour une Aide Financière.
Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide pour remplir la demande veuillez contacter:**

Services Financiers aux Patients
Services à la Clientèle
(844) 321-1557



Formulaire de Vérification de Revenu

Ce formulaire ne doit être utilisé que lorsque le demandeur d'Aide Financière ne mentionne aucun revenu.

Toutes les cases de ce formulaire doivent être remplies pour que le formulaire soit valide.

Nom du Demandeur	Adresse Actuelle du Demandeur:
------------------	--------------------------------

Vérification de Revenu du Demandeur
<p>Je _____ certifie que je n'ai aucun revenu gagné ou non gagné. J'autorise McLaren Health Care à vérifier cette déclaration. Je comprends que si McLaren Health Care constate que j'ai un revenu gagné ou non gagné, je ne serai pas admis à recevoir une aide financière</p> <p>Je suis actuellement soutenu par (indiquez comment vous faites face aux dépenses de base, à la nourriture, aux vêtements, au logement, y compris les noms de toutes les personnes qui fournissent un soutien):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Je comprends qu'un représentant de McLaren Health Care peut contacter les personnes énumérées ci-dessus pour vérifier les informations fournies.</p>

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
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- Autre _____

Demande d'Aide Financière

Total du ou des soldes dus _____ Numéros de compte _____

Nom du Patient _____ N ° de sécurité sociale _____ Date de Naissance _____

Adresse Personnelle _____ Ville _____ Etat _____ Code Postal _____

Téléphone personnel _____ Téléphone alternatif _____

Nom du Responsable (Garant) _____ N ° de sécurité sociale _____ Date de Naissance _____

Employeur _____ Téléphone au travail _____

Veillez cocher une case: Actif Indépendant Sans Emploi Retraité Invalide

En cas d'Emploi – travaillez-vous: A Temps Plein A Temps Partiel Occasionnel Moyenne d'heures / semaine _____

Nom du Conjoint _____ N ° de sécurité sociale _____ Date de Naissance _____

Employeur du Conjoint _____

Veillez cocher une case: Actif Indépendant Sans Emploi Retraité Invalide

En cas d'Emploi – travaillez-vous: A Temps Plein A Temps Partiel Occasionnel Moyenne d'heures / semaine _____

Nom et Age des Personnes à charge (inclure soi-même et son conjoint) _____

COMPTE EPARGNE (Certificat de Dépôt, Marché Monétaire, IRA), Comptes Chèques et Comptes Caisses Populaires

Nom de la Banque	Ville	Type de Compte	Solde

Êtes-vous propriétaire de votre maison? Oui Non Si Oui Indiquez ci-dessous.

Possédez-vous d'autre propriété? Véhicules, Véhicule Récréatifs, autres biens immobiliers Oui Non Si Oui Indiquez ci-dessous.

ACTIFS

Actif – Maison, Véhicule, etc.	Valeur du Marché	Montant du Prêt Impayé

Voir Verso...

