

Cher Patient,

Ci-joint est le formulaire d'Assistance Financière de la Corporation Hospitalière Northeast, l'Hôpital Winchester et l'Hôpital et Clinique Lahey, Inc. Veuillez le compléter entièrement et le retourner avec toute la documentation requise. Les formulaires incomplets peuvent entraîner le rejet d'assistance financière.

Le délai pour retourner le formulaire est de 240 jours à partir du premier relevé de facturation pour les services pour lesquels l'assistance financière est demandée.

La Corporation Hospitalière Northeast, l'Hôpital Winchester et l'Hôpital et Clinique Lahey, Inc. et ses affiliés sont dévoués à offrir une assistance financière aux patients qui ont besoin de soins de santé et qui sont non assurés, sous-assurés, inéligibles pour un programme gouvernemental ou autrement incapables de payer pour les soins médicaux nécessaires basés sur leur propre situation financière.

Si vous avez des questions, veuillez contacter le Conseil Financier au numéro indiqué ci-dessous.

Merci.

Retournez le formulaire à :

Lahey Hospital & Medical Center  
Financial Counseling Departement  
41 Mall Road  
Burlington, MA 01803  
781-744-8815

## Demande d'Assistance Financière pour Difficultés Médicales

**Veillez Imprimer**

Date d'aujourd'hui : \_\_\_\_\_ Sécurité Sociale # \_\_\_\_\_

Numéro d'Enregistrement Médical : \_\_\_\_\_

Nom du Patient : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Rue

Numéro Apt.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ville

État

Code postal

Le patient avait-il une assurance de santé ou Medicaid\*\* au moment de l'hospitalisation? Oui  Non

Si « Oui », joignez une copie de la carte d'assurance (recto et verso) et complétez ce qui suit :

Nom de la Compagnie d'Assurance : \_\_\_\_\_ Numéro de Police : \_\_\_\_\_

Date d'exécution : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de l'assurance : \_\_\_\_\_

*Remarque : L'assistance financière pourrait ne pas s'appliquer si un Compte d'Épargne-Santé (HSA), un Compte de Remboursement pour la Santé (HRA), un Compte de Dépense Flexible (FSA) ou un fonds similaire destiné aux frais médicaux familiaux a été établi. Le paiement à partir de n'importe quel fonds établi est requis avant que l'assistance puisse être offerte.*

**Pour présenter une demande d'aide en cas de difficultés médicales, veuillez remplir ce qui suit :**

Faites la liste de tous les membres de la famille, y compris le patient, les parents, les enfants et/ou les frères et sœurs, naturels ou adoptés, âgés de moins de 18 ans et vivant à la maison.

Membre de Famille	Âge	Relation au Patient	Source de Revenu ou Nom de l'Employeur	Revenu Brut Mensuel
1.				
2.				
3.				
4.				

En plus du formulaire pour Difficultés Médicales, nous avons également besoin de la documentation suivante attachée à ce formulaire :

- Déclarations de revenus actuelles de l'État ou du fédéral
- Formulaires W2 et/ou 1099 actuels
- Les quatre relevés de paie les plus récents
- Les quatre derniers relevés de compte courant et/ou de compte d'épargne
- Les comptes d'épargne santé
- Ententes de remboursement de frais de santé
- Comptes de dépenses flexibles
- Copies de toutes les factures médicales

Si ces documents ne sont pas disponibles, veuillez appeler le Bureau du Conseil Financier au 781-744-8815 pour discuter de toute autre documentation que vous pourriez fournir.

Listez toutes les dettes médicales et fournissez les copies des factures encourues au cours des douze derniers mois :

Date de service	Lieu de Service	Montant dû
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Veuillez expliquer brièvement pourquoi le paiement de ces frais médicaux sera difficile :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Par ma signature ci-dessous, j'atteste que tous les renseignements fournis dans la demande sont, à ma connaissance, exacts.

Signature du Demandeur : \_\_\_\_\_

Relation avec le Patient : \_\_\_\_\_

Date d'Exécution : \_\_\_\_\_

Veuillez permettre 30 jours à partir de la date où le formulaire complété est reçu pour la détermination de l'éligibilité.

Si elle est éligible, l'aide financière est accordée pour une période de six mois à compter de la date d'approbation et est valable pour toutes les filiales de Beth Israel Lahey, tel qu'indiqué dans l'Annexe 5 de leurs politiques d'Assistance Financière respectives :

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Personnel uniquement	
Formulaire Reçu par :	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>