Veuillez renvoyer à l'adresse suivante :
Cincinnati Children's Hospital
3333 Burnet Avenue, MLC 11026
Cincinnati, Ohio 45229-3026
Fax : 866-300-0568

HCAP ET DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Responsable : _____
NOM PRÉNOM INITIALES

Nom du patient : _____
(Une demande par patient est nécessaire) NOM PRÉNOM INITIALES

Date de naissance du patient :_____ Date des services hospitaliers :_____
MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE

Adresse du patient **à la date du service** : _____
RUE Nº APT.
_____ _____ _____ _____
VILLE ÉTAT CODE POSTAL COMTÉ

Adresse actuelle : _____
RUE Nº APT.
_____ _____ _____ _____
VILLE ÉTAT CODE POSTAL COMTÉ

Veuillez remplir les champs suivants : *Si le patient est âgé de 18 ans ou plus, le patient doit remplir cette demande.* Veuillez lister ci-dessous tous les membres du foyer. Inclure le patient, ses parents (peu importe s'ils vivent à la maison) et les enfants (biologiques ou adoptifs) de moins de 18 ans vivant dans la maison avec le patient.

NOM	LIEN AVEC LE PATIENT	DATE DE NAISSANCE ET ÂGE DU PATIENT : (au moment du service)	LE REVENU BRUT TOTAL PERÇU AU COURS DES 3 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE DU SERVICE	LE REVENU BRUT TOTAL PERÇU AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE DU SERVICE	SOURCE DE REVENU NOM DE L'EMPLOYEUR (PRÉCISER SI VOUS ÊTES ÉTUDIANT)
	AUTO/PATIENT				

***D'autres membres de la famille peuvent être ajoutés au verso de la présente demande.**

1. Si vous avez déclaré un revenu total nul, comment subvenez-vous à vos besoins ?
2. Est-ce que le patient avait une assurance maladie ou Medicaid lors du service hospitalier ? ☐Oui ☐Non

Nom de la (des) compagnie(s) d'assurance et/ou du programme Medicaid :
Numéro(s) d'identification de l'assuré ou numéro d'identification Medicaid :_____

UNE VÉRIFICATION DES DOCUMENTS DOIT ÊTRE FOURNIE :

☐ PREUVE DE RÉSIDENCE À LA DATE DU SERVICE = Facture de services publics, facture de téléphone ou de câble, quittance de loyer, facture de carte de crédit, votre carte d'électeur ou une copie de votre permis de conduire ou de votre carte nationale d'identité.
☐ EMPLOI = revenu de 3 ou 12 mois ou attestation signée par l'intéressé s'il est payé en espèces.
☐ TRAVAILLEUR INDÉPENDANT= Déclaration d'impôt 1040 (page 1), y compris l'annexe C et l'attestation de revenus signée par l'intéressé.
☐ LETTRE DE PRESTATION = Sécurité sociale, chômage, AV, pension et invalidité.
☐ AUTRES= Autres revenus tels que revenus locatifs, etc.

Par ma signature, j'atteste que j'ai lu attentivement cette demande et que tout ce que j'ai déclaré ou toute documentation que j'ai jointe est, à ma connaissance, exacte et correcte. **Je comprends qu'il est illégal de fournir sciemment de faux renseignements pour obtenir une aide financière.**

Signature du responsable_____ Date Complété

Des questions ? Appelez-nous au 513-636-4427, option 2 ou envoyez-nous un courriel à FFA@cchmc.org