



Un programme d'aide financière pour les patients qui reçoivent des services fournis par Atrium Health. L'éligibilité est basée sur la taille de la famille et les revenus du ménage, comparé aux consignes fédérales relatives au seuil de pauvreté.

Veuillez remplir complètement le formulaire pour éviter tout retard dans le traitement de votre application.

Informations du patient/de la patiente			
Nom du patient	N° de sécurité sociale	Date de naissance	N° de compte

Informations du demandeur				
Nom du demandeur	Lien de parenté avec le patient	N° de sécurité sociale	Date de naissance	État matrimonial
Adresse		Ville, État et code postal		
N° de tél. du domicile	N° de tél. mobile	Nom du contact d'urgence	N° de tél. du contact d'urgence	
Nom de l'employeur		Adresse de l'employeur	Tél. du travail	

**REMARQUE :** Si l'adresse où vous recevez votre courrier est différente de l'adresse où vous vivez, veuillez préciser ci-dessous les informations relatives à « l'adresse postale »

Adresse postale	Ville, État et code postal
-----------------	----------------------------

Informations d'assurance santé <input type="checkbox"/> Cocher cette case si le patient n'a <u>aucun</u> fournisseur d'assurance santé				
Fournisseur d'assurance santé	Nom du détenteur de la police	N° de police	N° de groupe	Date d'entrée en vigueur
Un membre du ménage a-t-il perdu son travail au cours des 60 derniers jours ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ce membre a-t-il reçu un avis d'élection COBRA ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ce membre a-t-il choisi l'assurance COBRA ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si ce membre n'a pas choisi l'assurance COBRA, veuillez cocher une case : <input type="checkbox"/> Les cotisations COBRA coûtent trop cher <input type="checkbox"/> Il a une nouvelle assurance				

**Veillez énumérer ci-dessous tous les membres du ménage**

Nom	N° de sécurité sociale	Date de naissance	Lien de parenté avec le patient
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

**REMARQUE :** Veillez énumérer les membres additionnels du ménage dans la section « Remarques » en page 3 de ce formulaire

**Revenu mensuel du ménage**

Type de revenu	Revenu mensuel brut du demandeur	Revenu mensuel brut de l'époux/épouse du demandeur
Revenu d'emploi	\$	\$
Retraite/Pension/Retraite de sécurité sociale	\$	\$
Revenu de sécurité sociale pour les personnes handicapées	\$	\$
Indemnité de chômage	\$	\$
Allocations pour enfants à charge/pension alimentaire	\$	\$
Autre (veuillez énumérer les sources ici _____)	\$	\$

### Déclaration de soutien

Je certifie que je suis sans emploi depuis \_\_\_\_\_ ans / \_\_\_\_\_ mois. Puisque je suis sans emploi, je reçois ma nourriture, mon hébergement et mes vêtements auprès de \_\_\_\_\_ (lien de parenté avec le demandeur = \_\_\_\_\_)

### Reconnaissance et signatures

Je certifie par la présente que les informations fournies dans cette application sont vraies, exactes et complètes pour autant que je sache. J'autorise par la présente l'hôpital à contacter toute personne, société ou organisme pour vérifier toute information fournie et j'autorise par la présente toutes ces personnes, sociétés et organismes à fournir à l'hôpital toute information financière qu'il pourrait demander.

Signature du demandeur

Date

### Envoyer par la poste l'application remplie à :

Atrium Health System Business Office  
Attention: Coverage Assistance Services  
PO Box 32861  
Charlotte, NC 28232

### Remarques

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---