

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

**Demande d'aide financière pour
Johns Hopkins Medicine**

Veillez remplir les formulaires ci-joints et les renvoyer avec la documentation indiquée ci-dessous.

Formulaires à inclure :

Demande d'aide financière (ci-jointe)

Documentation à inclure :

1. Copie de la déclaration fiscale de l'année précédente. (Si vous êtes marié et que vous avez déposé une déclaration séparée, veuillez fournir des copies des deux déclarations).
2. Copie des trois (3) derniers bulletins de salaire, lettre de l'employeur ou preuve du statut de chômeur.
1. Copie de la lettre d'attribution de la sécurité sociale (le cas échéant)
2. Copie de la lettre de détermination de l'assistance médicale ou de la sécurité sociale.
3. Une preuve des frais de subsistance mensuels tels qu'ils figurent dans votre demande, par exemple des copies de factures de téléphone, de factures de BG&E ou de paiements de loyer/hypothèque.
4. Copies des frais médicaux impayés.
5. Copie de toutes les cartes d'assurance médicale.
6. Une preuve de résidence telle qu'une carte d'identité, un permis de conduire, un certificat de naissance ou un statut de résident permanent légal (carte verte).

**VEUILLEZ ENVOYER LES
INFORMATIONS À L'ADRESSE
SUIVANTE : ATTN :
REIMBURSEMENT DEPARTMENT
5901-A HOLABIRD AVENUE
BALTIMORE, MD 21224**

	Montant mensuel
Emploi	_____
Retraite/Pension	_____
Prestations de sécurité sociale	_____
Prestations d'assistance publique	_____
Prestations d'invalidité	_____
Prestations de chômage	_____
Prestations d'ancien combattant	_____
Pension alimentaire	_____
Revenus locatifs	_____
Prestations de grève	_____
Prestations militaires	_____
Exploitation agricole ou travail indépendant	_____
Autre source de revenus	_____
Total	_____

II. Actifs liquides

	Solde actuel
Compte chèque	_____
Compte épargne	_____
Actions, obligations, CD ou marché monétaire	_____
Autres comptes	_____
Total	_____

III. Autres actifs

Si vous possédez l'un des éléments suivants, veuillez en indiquer le type et la valeur approximative.

Maison	Solde du prêt _____	Valeur approximative _____
Véhicule	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire	Marque _____ Modèle _____	Valeur approximative _____
Autres biens		Valeur approximative _____
		Total _____

IV. Dépenses mensuelles

	Montant
Loyer ou hypothèque	_____
Commodités	_____
Paiement(s) du véhicule	_____
Carte(s) de crédit	_____
Assurance automobile	_____
Assurance maladie	_____
Autres dépenses médicales	_____
Autres dépenses	_____
Avez-vous d'autres factures médicales impayées ? OUI NON	
Pour quel service ? _____	
Si vous avez convenu d'une modalité de paiement ? Quel est le montant des paiements mensuels ? _____	

Pour l'admissibilité à l'assistance financière en cas de difficultés médicales :

Revenu familial pour les douze (12) mois civils précédant la date de la présente demande : _____

La dette médicale encourue à Johns Hopkins (à l'exclusion de la coassurance, des quotes-parts ou des franchises) au cours des douze (12) mois civils précédant la date de la présente demande :

Date du service	Montant dû
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Pour l'admissibilité à l'aide financière présumée :

1. Quel âge a le ou la patient(e) ? _____
2. La patiente est-elle enceinte ? Oui ou Non
3. Le ou la patient(e) a-t-il(elle) des enfants de moins de 21 ans vivant à la maison ? Oui ou Non
4. Le ou la patient(e) est-il(elle) aveugle ou potentiellement frappé(e) d'une incapacité d'exercer une activité professionnelle rémunérée pendant au moins 12 mois ou plus d'un emploi rémunéré ? Oui ou Non
5. Le ou la patient (e) reçoit-il (elle) actuellement des prestations SSI ou SSDI ? Oui ou Non
6. Le ou la patient(e) (et, s'il ou elle est marié(e), son conjoint) dispose-t-il(elle) d'un total de comptes bancaires ou d'actifs convertibles en espèces ne dépassant pas les montants suivants ? Oui ou Non
- Taille de la famille :**
 Individu : 2 500 \$
 Deux personnes : 3 000 \$
 Pour chaque membre supplémentaire de la famille, ajoutez 100 \$
 (Par exemple : Pour une famille de quatre personnes, si vos liquidités totales sont inférieures à 3 200 \$, vous devez répondre OUI)
7. Le ou la patient (e) est-il (elle) résident (e) de l'État du Maryland ? Oui ou Non
 Non Si le ou la patient(e) n'est pas résident(e) du Maryland, dans quel État réside-t-il ou elle ? _____
8. Le ou la patient(e) est-il(elle) sans domicile fixe ? Oui ou Non
9. Le ou la patient(e) participe-t-il(elle) au programme WIC ? Oui ou Non
10. Le ménage compte-t-il des enfants participant au programme de repas gratuits ou réduits ? Oui ou Non
11. Le ménage participe-t-il à un programme d'aide à l'énergie pour les personnes à faible revenu ? Oui ou Non
12. Le ou la patient(e) bénéficie-t-il(elle) d'un SNAP/bon d'alimentation ? Oui ou Non
13. Le ou la patient(e) est-il(elle) inscrit(e) au programme Healthy Howard, Chase Brexton ? Oui ou Non
14. Le ou la patiente a été orienté(e) vers SH par Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access ou Proyecto Salud ? Oui ou Non
15. Le ou la patient(e) a-t-il(elle) actuellement :
 Assistance médicale Pharmacie uniquement Oui ou Non
 QMB/SMLB Oui ou Non
16. Le ou la patient(e) est-il(elle) en emploi ? Oui ou Non
 Si non, date à laquelle il ou elle a perdu son emploi. _____
 Admissible à la couverture d'assurance maladie COBRA ? Oui ou Non

Tous les documents soumis font partie intégrante de la présente demande.

Si vous demandez à recevoir une aide financière supplémentaire, le JHM peut demander des informations complémentaires afin de prendre une décision supplémentaire. En signant ce formulaire, vous certifiez que les informations fournies sont véridiques et vous vous engagez à informer le JHM de toute modification des informations fournies dans les dix jours suivant la modification. Tous les renseignements fournis dans la demande sont véridiques et exacts pour autant que je sache, que je sois informé et que je sois convaincu(e).

 Signature de la personne qui fait la demande

 Date

 Lien avec le ou la patient(e)