



Veillez remplir, signer et remettre cette candidature accompagnée des documents suivants :

- **Revenus (dont tous les documents suivants que vous recevez actuellement) :**
 - Une copie des 2 derniers bulletins de paie ou du formulaire W-2 de l'exercice fiscal en cours ; cela inclut le patient, son époux(se) et/ou le garant du patient (parent(s)/tuteur légal des enfants de moins de 18 ans) vivant dans le même foyer.
 - Si vous êtes travailleur indépendant, une copie de votre formulaire d'impôt fédéral 1040 actuel.
 - Documents de sécurité sociale/sécurité sociale pour personnes handicapées ou tout autre revenu supplémentaire du foyer.
- **Copie de l'hypothèque/quittance de loyer, ou copie du relevé de l'impôt foncier si le logement n'est plus hypothéqué.**
- **Si vous avez demandé une aide médicale, une copie de votre lettre d'admission ou de refus.**

Si vous n'êtes en mesure de fournir aucun des documents requis ci-dessus, veuillez remplir le formulaire FAF 116, page 3 ci-dessous.

Informations concernant le patient		
Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :
Numéro de sécurité sociale :	Date de naissance :	

Garant (parent, tuteur ou mandataire légal) Si le garant est le même que le patient, passez à la partie II ; remplissez tous les champs.

Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :
Numéro de sécurité sociale :	Date de naissance :	Relation avec le patient :

Partie II (Informations sur le patient/le garant)

Adresse :		Appartement :
Ville :	État :	Code postal :
Téléphone du domicile : ()	Téléphone portable : ()	État civil :
Nom et adresse de l'employeur :		
Revenu mensuel brut : \$	Revenu mensuel net : \$	
Poste/titre :	Durée de l'emploi actuel :	
Avez-vous un statut de résident légal aux États-Unis : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Époux(se)

Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :
Nom/adresse de l'employeur :		Numéro de téléphone :
Poste/titre :	Durée de l'emploi :	
Revenu mensuel brut : \$	Revenu mensuel net : \$	

Informations concernant le foyer (Nom et date de naissance de toutes les personnes composant le foyer, sauf le patient et son époux(se))

Nom :	Date de naissance :	Relation avec le patient :
Nom :	Date de naissance :	Relation avec le patient :
Nom :	Date de naissance :	Relation avec le patient :
Nom :	Date de naissance :	Relation avec le patient :
Nom :	Date de naissance :	Relation avec le patient :

Revenus supplémentaires du foyer

Solde du compte chèque :	Montant mensuel de l'indemnité chômage :
Solde du compte d'épargne :	Montant mensuel de la sécurité sociale :
Aide publique/coupons alimentaires :	Montant mensuel d'indemnités pour accident du travail :
Montant mensuel/annuel de pension :	Autre :

Hypothèque/quittance de loyer (une copie du paiement de l'hypothèque/quittance de loyer est requise)

Hypothèque/quittance de loyer :	
---------------------------------	--

Informations concernant l'assurance maladie (une copie de votre lettre d'admission ou de rejet à l'aide médicale est requise)

Nom de l'organisme :	Date d'entrée en vigueur :
Avez-vous fait une demande d'aide médicale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Quand :	
Où :	Nom et numéro de téléphone de la personne chargée de votre dossier :
Résultat/motif du refus :	

Informations concernant le handicap

Le patient est-il handicapé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Durée du handicap :
Nom du médecin :	Numéro de téléphone du médecin :

Responsabilité civile d'un tiers (accident de voiture, indemnités pour accident du travail, blessures corporelles ou autre réclamation)

Blessures/maladie résultant d'un accident de voiture	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date de l'incident :
Blessures/maladie survenue sur le lieu de travail ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date de l'incident :
Blessures/maladie résultant d'un crime ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date de l'incident :
Blessures/maladie ayant donné lieu à une action en justice ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date de l'incident :

Les réclamations de responsabilité civile ne sont éligibles à l'aide financière qu'une fois tous les moyens de paiement épuisés. Tout manquement à l'obligation de divulguer les informations concernant toute réclamation de responsabilité civile rendra le patient inéligible à l'aide financière.

Je déclare avoir examiné cette candidature et que toutes les informations renseignées dans cette dernière ou fournies autrement à l'UMMS et ses utilisations sont, à ma connaissance, exactes, correctes et exhaustives. Je comprends que toute fausse déclaration de ces informations pourrait mettre un terme à toute aide financière que je pourrais recevoir et que tous mes frais médicaux seraient alors à ma charge. En signant et en présentant cette demande, j'autorise l'UMMS et ses établissements à déterminer mes besoins d'aide financière et à accéder à mon dossier de crédit. J'autorise également l'UMMS à communiquer ou à divulguer ces informations à University Physicians Inc. afin d'évaluer ma situation financière suite à l'aide de financement de mes frais médicaux. Je comprends que je suis responsable de notifier l'UMMS de tout changement de ma situation concernant mes revenus ou mes actifs, tant que ma candidature est en cours de traitement.

Signature du patient/du garant (obligatoire)

Date

Signature de l'époux(se) (obligatoire)

Date

En cas de questions ou pour obtenir de l'aide pour compléter cette candidature, veuillez appeler le Service d'aide financière au (410) 821-4140, poste 2003, du lundi au vendredi, de 8h00 à 16h30.

Vous pouvez envoyer cette demande accompagnée des documents requis par courrier, par e-mail ou par fax à l'adresse suivante :

Courrier : UMMS
11311 McCormick Road, Suite 230
Hunt Valley, MD 21031
E-mail : CBOService@umm.edu
Fax : 410-630-5341

Vérification de déclaration du niveau de vie, financier et de revenus

Ce formulaire devra être rempli par un candidat à l'aide financière qui :

- Reçoit une aide pour l'alimentation et/ou le logement
- Est actuellement sans emploi
- A des frais d'hospitalisation liés à des blessures résultant d'un accident de voiture, d'une indemnisation des accidents du travail, de blessures corporelles ou de toute autre réclamation en responsabilité civile

Informations sur le patient :

Nom : _____ Date : _____
Numéro de téléphone : _____ Numéro de téléphone portable : _____
Date de naissance : _____ Signature du patient : _____

Si vous bénéficiez d'une aide alimentaire et d'un logement, veuillez remplir la partie suivante :

J'ai reçu de l'aide de la part de _____, qui m'a aidé à me nourrir et à me loger. Relation avec le patient : _____.

(Cochez une option)

- Fournit de la nourriture et un logement gratuits
 Je paie \$ _____ par mois pour le logement et la nourriture
 Autre, veuillez expliquer ci-dessous :

Si vous êtes sans emploi et ne percevez aucun revenu, veuillez remplir la partie suivante :

(Cochez une option) Je suis sans emploi depuis le ___/___/___ et je reçois une aide alimentaire et un abri comme précisé ci-dessus. Date de reprise du travail prévue ? _____

Je suis sans emploi depuis le ___/___/___ et je vis de mes économies et d'autres actifs monétaires.

Veuillez expliquer en détail : _____

Date de reprise du travail prévue ? _____

Pourquoi ne percevez-vous pas d'indemnités de chômage ?

- (Cochez une option) Plus éligible - Le patient a épuisé toutes ses allocations chômage.
 Non éligible, motif : _____

Si vous avez entamé une réclamation de responsabilité civile (accident de voiture, indemnités pour accident du travail, blessures corporelles), veuillez remplir la partie suivante :

Avocat : Nom : _____
Adresse : _____
Numéro de téléphone : _____

Organisme assureur : Nom : _____
Adresse : _____
Numéro de téléphone : _____

Date prévue de la décision : _____/_____/_____