



**Informations supplémentaires concernant le foyer**

Solde du compte courant :	Montant mensuel des allocations 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 de pension alimentaire pour enfant :	Autre :

**Dépenses mensuelles** (Une copie de votre hypothèque ou d'une quittance de loyer est requise)

Hypothèque/quittance de loyer :	Câble :
Charges :	Carte Visa :
Téléphone :	Carte Mastercard :
Téléphone portable :	Grande surface :
Paiement de voiture :	Autre :

**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 effective :
Avez-vous demandé une 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 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'assistance 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/garant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'époux(se)

\_\_\_\_\_  
Date

Si vous avez des questions ou besoin d'aide pour remplir cette candidature, veuillez appeler le Service d'aide financière au (410) 821-4140, du lundi au vendredi, de 8h00 à 16h30. Veuillez envoyer cette candidature, **accompagnée des documents requis, à : UMMS, 11311 McCormick Rd, Suite 230, Hunt Valley, MD 21031.**

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

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

- Bénéficiant d'une aide alimentaire et/ou d'un abri
- Étant actuellement sans emploi
- Factures d'hôpital suite à des blessures dues à un accident de voiture, indemnités pour accident du travail, blessures corporelles ou toute autre réclamation de responsabilité civile

**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 abri, veuillez remplir la partie suivante :**

J'ai reçu une aide de la part de \_\_\_\_\_, qui m'a offert une aide alimentaire et un abri. Relation avec le patient : \_\_\_\_\_

(Cochez une option)

\_\_\_\_\_ Fournit de la nourriture et un logement gratuits

\_\_\_\_\_ Je paie \$ \_\_\_\_\_ par mois pour la nourriture et le logement

\_\_\_\_\_ 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 prévue de reprise du travail ? \_\_\_\_\_

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** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_