

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

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

Veillez remplir les formulaires ci-joints et les retourner avec les documents, comme indiqué ci-dessous.

Formulaires à inclure:

Demande d'aide financière (ci-jointe)

Documents à inclure:

1. Copie des déclarations de revenus de l'année dernière. (Si vous êtes marié et que vous effectuez votre demande séparément, veuillez fournir les copies des deux déclarations.)
2. Copie de vos trois (3) derniers talons de paie, de la lettre de l'employeur ou de la preuve de votre statut de chômeur.
 1. Copie de la lettre d'attribution de la sécurité sociale (le cas échéant)
 2. Copie de la lettre de détermination provenant de l'Aide médicale ou de la Sécurité sociale.
 3. Preuve des frais de subsistance mensuels tels qu'indiqués sur votre demande, comme les copies des factures de téléphone, des factures de BG&E ou des paiements de loyer/d'hypothèque.
 4. Copies des frais médicaux impayés.
 5. Copie de toutes les cartes d'assurance médicale.
 6. 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 VOS INFORMATIONS PAR COURRIER À
L'ADRESSE :
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON
BALTIMORE, MD 21211

ADRESSE POSTALE:
3910 Keswick Rd, Suite S-5100
ATTN: Financial Assistance Liaison
Baltimore, MD 21211

COURRIEL: financialassistance@jhmi.edu

TÉLÉPHONE: 443-997-3067

TÉLÉCOPIEUR: 443-769-1250

	Montant mensuel
Emploi	_____
Prestations de retraite/pension	_____
Prestations de sécurité sociale	_____
Prestations d'aide publique	_____
Prestations d'invalidité	_____
Prestations de chômage	_____
Prestations aux anciens combattants	_____
Pension alimentaire	_____
Revenus immobiliers locatifs	_____
Indemnités de grève	_____
Prestations militaires	_____
Travail agricole ou indépendant	_____
Autre source de revenu	_____
Total	_____

<i>II. Actifs liquides</i>	Solde actuel
Compte chèque	_____
Compte d'épargne	_____
Actions, obligations, CD ou marché monétaire	_____
Autres comptes	_____
Total	_____

<i>III. Autres actifs</i>	
Si vous possédez l'un des éléments suivants, veuillez indiquer le type et la valeur approximative.	
Maison Solde du prêt _____	Valeur approximative _____
Automobile Marque ____ Année ____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire Marque ____ Année ____	Valeur approximative _____
Véhicule supplémentaire Marque ____ Année ____	Valeur approximative _____
Autres biens	Valeur approximative _____
	Total _____

<i>IV. Dépenses mensuelles</i>	Montant
Loyer ou hypothèque	_____
Services publics	_____
Paiements de voiture)	_____
Carte(s) de crédit	_____
Assurance automobile	_____
Assurance maladie	_____
Autres frais médicaux	_____
Autres dépenses	_____
Avez-vous d'autres factures médicales impayées? OUI NON	
Pour quel service? _____	
Avez-vous prévu un plan de paiement ? Quels sont les paiements mensuels? _____	

Pour l'admissibilité à l'aide financière en cas de difficultés médicales:
Revenu familial pour les douze (12) mois civils précédant la date de la présente demande:

Dette médicale contractée à Johns Hopkins (hors coassurance, co-paiement ou franchise) pour les douze (12) mois civils précédant la date de la présente demande:

Date de prestation	Montant dû

Pour l'admissibilité présumée à l'aide financière:

1. Quel est l'âge du (de la) patient(e)? _____
2. La patiente est-elle enceinte ? Oui ou Non
3. Le(La) patient(e) a-t-il(elle) des enfants de moins de 21 ans vivant à la maison? Oui ou Non
4. Le(La) patient(e) est-il(elle) aveugle ou est-il(elle) potentiellement handicapé(e) pendant 12 mois ou plus du fait d'un emploi rémunéré? Oui ou Non
5. Le(La) patient(e) reçoit-il(elle) actuellement des prestations SSI ou SSDI? Oui ou Non
6. Le(La) patient(e) (et, s'il(elle) est marié(e), son époux(se)) a-t-il(elle) des comptes bancaires ou des actifs convertibles en espèces qui ne dépassent pas les montants suivants? Oui ou Non

Taille de la famille:

Une personne: 2 500,00 \$

Deux personnes: 3 000,00 \$

Pour chaque membre supplémentaire de la famille, ajoutez 100,00 \$

(Exemple : pour une famille de quatre personnes, si vous avez des actifs liquides totaux de moins de 3 200,00 \$, vous répondriez OUI.)

7. Le(La) patient(e) est-il(elle) un(e) résident(e) de l'État du Maryland?
Si le(la) patient(e) n'est pas un(e) résident(e) du Maryland, dans quel État réside-t-il(elle)? _____
8. Le(La) patient(e) est-il(elle) sans-abri? Oui ou Non
9. Le(La) patient(e) participe-t-il(elle) au WIC? Oui ou Non
10. Le ménage a-t-il des enfants bénéficiant du programme de repas gratuits ou à prix réduit ? Oui ou Non
11. Le ménage participe-t-il au programme d'aide aux impayés d'énergie? Oui ou Non
12. Le(La) patient(e) reçoit-il(elle) des prestations du programme SNAP/des coupons alimentaires? Oui ou Non
13. Le(La) patient(e) est-il(elle) inscrit(e) à Healthy Howard, Chase Brexton? Oui ou Non
14. Le(La) patient(e) a-t-il(elle) été référé(e) à 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(La) patient(e) a-t-il(elle) actuellement:
Aide médicale Pharmacie uniquement QMB/SLMB Oui ou Non
Oui ou Non
Oui ou Non
16. Le(La) patient(e) est-il(elle) employé(e)? Oui ou Non
Si non, date à laquelle il(elle) a perdu son emploi. _____
Admissible à la couverture d'assurance maladie COBRA? Oui ou Non

Tous les documents soumis font partie de la présente demande.

Si vous demandez une aide financière supplémentaire étendue, JHM peut exiger de vous des informations supplémentaires afin de prendre une décision complémentaire. En signant le présent formulaire, vous certifiez que les informations fournies sont véridiques et acceptez d'informer JHM de toute modification des informations fournies dans les dix jours suivant la modification. Toutes les informations fournies dans la demande sont véridiques et exactes au meilleur de mes connaissances, informations et croyances.

Signature du demandeur

Date

Lien de parenté avec le(la) patient(e)