

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Je comprends que les renseignements soumis concernant mon revenu annuel, la taille de ma famille et son actif sont assujettis à une vérification par Pine Rest Christian Mental Health Services. Je comprends également que si l'information soumise est fausse, cela entraînera un refus de la présente demande, et le solde du compte restera à ma charge.

SECTION UN : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (en caractères d'imprimerie)							
Numéro de compte		Date(s) de prestation des services			Numéro de sécurité sociale		
Nom du patient (nom de famille, prénom, second prénom)					Date de naissance		
Adresse			Ville		État		Code postal
No de téléphone résidentiel ()		No de téléphone cellulaire ()		Autre no téléphone ()		Comté	
État civil Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Autre _____			Êtes-vous un(e) résident(e) légal(e) des États-Unis? Oui Non		Avez-vous souscrit une assurance maladie ou une autre couverture au moment de la prestation des services? Oui Non		
Déposez-vous une déclaration de revenus fédérale? Oui Non Si non, pourquoi? _____		Qui est le(la) principal(e) déclarant(e)? Soi-même Conjoint(e) Autre : _____			Est-ce que quelqu'un dans votre ménage reçoit une aide publique? Argent comptant Aliments Autre : _____		
SECTION DEUX : RENSEIGNEMENTS SUR LE GARANT/LA PARTIE RESPONSABLE							
Garant/Partie responsable : Nom (nom de famille, prénom, second prénom)					Date de naissance		Numéro de sécurité sociale
Adresse			Ville		État		Code postal
No de téléphone cellulaire ()		Autre no téléphone ()		Comté		Relation avec le(la) patient(e)	
SECTION TROIS : RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉNAGE (Identifiez toutes les personnes faisant partie de votre ménage)							
Nom du membre du ménage	Date de naissance	Relation avec le(la) patient(e)	Cette personne est-elle inscrite sur votre déclaration de revenus fédéral?	Nom du membre du ménage	Date de naissance	Relation avec le(la) patient(e)	Cette personne est-elle inscrite sur votre déclaration de revenus fédéral?
1.			Oui Non	4.			Oui Non
2.			Oui Non	5.			Oui Non
3.			Oui Non	6.			Oui Non
Tout autre membre du ménage peut être identifié sur une feuille supplémentaire.							

SECTION QUATRE : DÉPENSES (Indiquez les dépenses mensuelles pour tous les membres du ménage)

Paiement hypothécaire	Paiement de voiture	Chauffage	No de téléphone cellulaire
Impôts fonciers (année)	Assurance-automobile	Électricité	Épicerie
Loyer/lot	Carburant (véhicule)	Téléphone	Frais de scolarité
Assurance-habitation	Soutien aux enfants/pension alimentaire pour enfants	Taxe d'eau/d'égouts/d'enlèvement des ordures	Autre : _
Assurance-maladie/dépenses	Assurance-vie	Câble/Télévision/Internet	Autre : _

SECTION CINQ : REVENU (liste des

Source de revenu mensuel	Quel membre du ménage reçoit ce revenu?	Montant actuel du revenu brut mensuel	Source de revenu mensuel	Quel membre du ménage reçoit ce revenu?	Montant actuel du revenu brut mensuel
Salaire			Salaire		
Travail autonome			Travail autonome		
Pension alimentaire pour enfants/pour soi			Pension alimentaire pour enfants/pour soi		
Sécurité sociale			Sécurité sociale		
Investissements			Investissements		
Rente de retraite/dividendes			Rente de retraite/dividendes		
Pourboires/commissions			Pourboires/commissions		
Intérêts			Intérêts		
Revenu de location			Revenu de location		
Revenu tribal			Revenu tribal		
Prestations d'assurance-emploi			Prestations d'assurance-emploi		
Indemnisation des travailleurs			Indemnisation des travailleurs		
Autre : _____			Autre : _____		

SECTION SIX : ACTIFS DU MÉNAGE (Énumérer les actifs de tous les membres du ménage)

Source de l'actif	Quel membre du ménage est propriétaire de cet actif?	Valeur actuelle de l'actif	Source de l'actif	Quel membre du ménage est propriétaire de cet actif?	Valeur actuelle de l'actif
Compte-chèques			Valeur de la propriété (résidence)		
Compte-chèques no 2			Valeur de la propriété no 2		
Compte d'épargne			Valeur du véhicule (principal)		
Compte d'épargne no 2			Valeur du véhicule no 2		

Certificats de dépôts/ marché monétaire			Motocyclette/VTT/bateau/ remorque		
RÉER/compte de retraite individuel			Assurance-vie (valeur de rachat)		
Actions/obligations/rentes			Autre : _____		
Compte de gestion santé/ de dépense flexible			Autre : _____		

SECTION SEPT : COUVERTURE D'ASSURANCE

Couverture principale	Numéro d'identification du membre	Numéro de groupe	Nom de l'abonné(e)	Relation avec le(la) patient(e)
Prestations (à faire remplir par le personnel de Pine Rest)				
Couverture secondaire	Numéro d'identification du membre	Numéro de groupe	Nom de l'abonné(e)	Relation avec le(la) patient(e)
Prestations (à faire remplir par le personnel de Pine Rest)				

SECTION HUIT : RAISON DE LA DEMANDE (en caractères d'imprimerie)

Raison de la demande du(de la) patient(e) (Si plus d'espace est nécessaire, utiliser une feuille supplémentaire)

En signant ci-dessous, je certifie que tout ce que j'ai mentionné sur cette demande et sur toute pièce jointe est vrai.

Signature de la partie responsable : _____ Date : _____

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec : _____ au : _____

À remplir par le personnel de Pine Rest pour la demande d'aide financière (FAP) 501R

Signature de l'employé responsable d'examiner la demande : _____ Date : _____

Signature du directeur du service : _____ Date : _____

Statut d'approbation : Demande approuvée Demande refusée	Si approuvé, montant/pourcentage attribué :	En cas de refus, justification de refus :
Date(s) d'entrée en vigueur :		Date d'expiration/de renouvellement requise :

À remplir par le personnel de Pine Rest pour la demande du Fonds d'aide aux patients (FRF)

Signature de l'employé responsable d'examiner la demande : _____

Date : _____

Signature du directeur du service : _____

Date : _____

Statut d'approbation : Demande approuvée Demande refusée	Si la demande est approuvée, voir ci-dessous pour connaître les détails généraux de la prestation. Notes sur la prestation :	En cas de refus, justification de refus :
Séjour en milieu hospitalier		
Séjours subséquents :		
Rendez-vous PPG :		
Traitement par ECT/TMS :		
Rendez-vous SCP :		
Séjour de désintoxication :		
Résidentiel :		
Date(s) d'entrée en vigueur :		Date d'expiration/de renouvellement requise :