



0332E

INSTRUCTIONS POUR DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

1. Veuillez remplir **toutes** les rubriques du formulaire de demande ci-joint. Si l'une des rubriques ne vous concernent pas, veuillez écrire S/O dans l'espace fourni à cet effet.
2. Joignez une page supplémentaire si vous manquez d'espace pour répondre à une question.
3. Vous devez fournir des documents comme preuve de revenus lorsque vous soumettez cette demande. Les documents suivants sont acceptés comme preuve de revenus :

Si vous avez transmis votre déclaration de revenus fédérale, vous devez envoyer une copie des documents suivants :

- a. Déclaration de revenus fédérale (Formulaire 1040) de l'année la plus récente. Vous devez inclure toutes les annexes et pièces jointes, telles que vous les avez envoyées aux autorités fiscales américaines (Internal Revenue Service).

Si vous n'avez pas transmis une Déclaration de revenus fédérale, veuillez fournir les documents suivants :

- a. Deux (2) de vos bulletins de paie les plus récents ; et
- b. Une lettre expliquant la raison pour laquelle vous n'avez pas transmis une Déclaration de revenus fédérale.

Si vous n'avez aucun revenu ou de documents comme preuve de revenu, veuillez fournir une lettre expliquant comment vous subvenez à vos propres besoins/aux besoins de votre famille.

4. Votre demande d'aide ne peut être traitée avant que toutes les informations nécessaires ne soient fournies.
5. Il est important que vous remplissiez et envoyiez votre Demande d'aide financière avec toutes les pièces jointes requises dans un délai de **quatorze (14) jours**.
6. Vous devez signer et dater la Demande d'aide financière. Si le patient/la partie responsable et le/la conjoint(e) fournissent des informations, ils doivent tout deux signer la demande.
7. Si vous avez des questions, veuillez appeler le Patient Business Office au : (909) 651-4177, de 9h00 à 17h00, du lundi au jeudi, et de 9h00 à 14h00 le vendredi (week-ends et jours fériés sont exclus). Pour les week-ends, les jours fériés et après les heures ouvrables, veuillez contacter un Représentant des enregistrements pour toute aide nécessaire.
8. Envoyez votre Demande d'aide financière remplie et tous les documents requis à l'adresse suivante :

Loma Linda University Behavioral Medicine Center
Patient Business Office
P.O. Box 700
Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Behavioral Medicine Center
**INSTRUCTIONS POUR DEMANDE
D'AIDE FINANCIÈRE**

Page 1 sur 3

IDENTIFICATION DU PATIENT

19-0332E (2-15)

INSTRUCTIONS POUR DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

L'objectif de ce formulaire est de déterminer si le patient/la partie responsable a le droit à une aide financière, conformément à la Politique des soins de charité/des escomptes du Loma Linda University Behavioral Medicine Center.

PATIENT/PARTIE RESPONSABLE
(garant) NOM _____

NOM DU/DE LA
CONJOINT(E) _____

ADRESSE

TÉLÉPHONE
Domicile : _____
Bureau : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Patient/Partie responsable _____

Conjoint(e) _____

STATUT FAMILIAL (Liste des personnes qui sont à votre charge)

Nom	Âge	Relation

STATUT PROFESSIONNEL

Patient/Partie responsable

Employeur

Patient/Partie responsable _____

Poste occupé _____

Employeur _____

Personne à contacter _____

Personne-ressource de l'employeur _____

Téléphone _____

Employeur du/de la conjoint(e)

Poste occupé par le/la conjoint(e) _____

Employeur _____

Personne à contacter _____

Personne-ressource de l'employeur _____

Téléphone _____



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

**INSTRUCTIONS POUR DEMANDE
D'AIDE FINANCIÈRE**

Page 2 sur 3

IDENTIFICATION DU PATIENT

ENTRANT

	Patient/Garant	Conjoint(e)
1. Salaires et traitements bruts/an (avant déductions)	\$ _____	\$ _____
2. Revenu de travail indépendant/an	\$ _____	\$ _____
3. Autre revenu :		
a. Intérêts et Dividendes	\$ _____	\$ _____
b. Services immobiliers, location et location à bail	\$ _____	\$ _____
c. Sécurité sociale	\$ _____	\$ _____
d. Pension alimentaire	\$ _____	\$ _____
e. Pension alimentaire pour enfant	\$ _____	\$ _____
f. Chômage/Invalidité	\$ _____	\$ _____
g. Assistance publique	\$ _____	\$ _____
h. Toutes autres sources (joindre liste)	\$ _____	\$ _____
Revenu total (ajouter lignes 1 à 3h ci-dessus)	\$ _____	\$ _____

DÉPENSES INHABITUELLES

Veilles fournir des informations sur toutes dépenses inhabituelles, comme des factures médicales, une faillite, des décisions judiciaires ou des paiements compensatoires (joindre une liste selon les besoins).

Description	Montant

En signant ci-dessous, je déclare/nous déclarons que toutes les informations fournies sont vraies et correctes à ma/notre connaissance. J'autorise/Nous autorisons LLUBMC à vérifier toutes les informations listées dans cette demande. J'accorde/Nous accordons expressément la permission de contacter mon/notre employeur.

_____ Signature du Patient/de la Partie responsable	_____ Relation par rapport au Patient	_____ Date
_____ Signature du/de la conjoint(e)	_____ Date	