

Cher Patient :

Si le paiement des frais de soins de santé pourrait créer des difficultés financières s'il vous plaît remplir le formulaire ci-joint si vous avez ou aviez un service planifié, régulier et non urgents et un résident vivant dans Coos, Grafton ou comté de Carroll dans NH, comté d'Oxford, ME ou le comté d'Essex, Vermont. Si vous aviez des services non programmés, aucune exigence de résidence s'applique. Pour plus d'informations, veuillez contacter le département de Service après-vente en composant le (603) 326-5628 ou visiter le Service clientèle situé au premier étage de l'hôpital. Recherchez les signes Customer Service/Financial Counseling.

L'application et la documentation nécessaire qui nous aidera à déterminer si vous êtes admissible à une aide financière à Androscoggin Valley Hospital (AVH) et/ou Androscoggin Vallée Surgical Associates (ASA). Il s'agit d'un programme en revenus et actifs. Les informations fournies sont confidentielles. Veuillez utiliser la liste de contrôle ci-dessous pour s'assurer que toutes les informations nécessaires pour traiter la demande a été incluses pour tous les membres vivant dans le ménage ou incluses sur la déclaration de revenus fédérale.

S'il vous plaît appeler si une clarification est nécessaire avant le dépôt de que la demande aux numéros de téléphone mentionnés ci-dessus.

1. dûment signé par tous les membres du ménage/famille de 18 ans ou plu.
2. preuve de résidence – permis de conduire ou sans pilote ID sera requise si l'adresse sur les documents justificatifs n'est pas dans les zones de desserte énumérées ci-dessus.
3. remplir la copie du plus récent des revenus fédéraux (c.-à-d. 2014 retour seront acceptées jusqu'au 18 avril 2016 à moins que le retour de 2015 est disponible) avec tous les horaires d'et W-2.
4. copie des talons de chèque de paie consécutives plus récents 4 quatre ou une déclaration de l'employeur indiquant le revenu brut total pour un mois.
5. copie de toutes les pages de relevés bancaires plus récents 3 trois (c.-à-d. épargne, vérification, compte de marché monétaire, certificat de dépôt). Vérification des dépôts de plus de 5 000 \$ peut être exigée.
6. copie des derniers États de retraite ou d'investissement (p. ex., 401 k, 403B, IRA, fonds communs de placement, actions, obligations).
7. copie de toutes les sources de revenu (c.-à-d. annuel de sécurité sociale, des anciens combattants (VA) ou pension bénéficient des lettres, lettre d'indemnisation chômage ou travailleurs, déclarations de prestation compensation handicap, etc.).
8. copie de la lettre de l'assistance médicale (c'est-à-dire Dept. of Health and Human Services) ou de la carte d'assurance maladie.
9. copie de facture d'impôt foncier actuel avec valeur estimée et copie de la déclaration d'hypothèque avec solde actuel pour les biens à l'exclusion de la résidence principale (c'est-à-dire 2ème maison, chalet, camp, terrain, location etc..).

Vous continuerez d'être financièrement responsable pour tout service que vous recevez jusqu'à ce que l'admissibilité est déterminée. Si vous n'avez pas reçu une décision dans les trente 30 jours de soumettre votre demande dûment remplie et des informations supplémentaires ou si vous avez besoin d'aide pour remplir la demande, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle au (603) 326-5628.

Les demandes dûment remplies et pièces justificatives doivent être renvoyés à : Androscoggin Valley Hospital, ATTENTION : Service à la clientèle, 59 Page Hill Road, Berlin, 03570 NH.

## Demande d'aide financière les informations de

### 1. Informations du patient:

Nom de famille	Prénom	Initiale	Numéro de sécurité sociale	Date de naissance
Adresse de rue		Ville	Etat	Code postal
Durée de à l'adresse				
Adresse postale		Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone		Numéro de téléphone au travail		
<input type="checkbox"/> Unique	<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> Union Civile	<input type="checkbox"/> Séparé	<input type="checkbox"/> Divorcé
<input type="checkbox"/> Veug	<input type="checkbox"/> Citoyen américain	<input type="checkbox"/> NH Resident		

### 2. Personne responsable du paiement du projet

Nom de famille	Prénom	Initiale	Relation avec le patient	Numéro de sécurité sociale
Adresse si différente de la du patient		Téléphonie résidentielle de	Numéro de téléphone au travail	
Nom de la Compagnie d'assurance			Date d'effet	

### 3. \*\* S'il vous plaît indiquer toutes les personnes vivant dans le ménage , y compris demandeur:

(Utiliser une feuille de papier supplémentaire si nécessaire.)

	NOM	LIEN AVEC DU PATIENT	DATE DE NAISSANCE	SOC. SÉCURITÉ #	Application	Oui / Non
1		Soi				
2						
3						
4						
5						
6						

### 4. Est-ce l'application pour des services futurs ou passés? Avenir passé Date(s) de services:

### 5. S'il vous plaît remplir si quelqu'un dans votre ménage a l'assurance:

L'assurance maladie (Plan / Nom), \_\_\_\_\_, Compte d'épargne santé (cercle) - Oui / Non Qui: \_\_\_\_\_  
 Politique # / ID #: \_\_\_\_\_ Montant Franchise: \_\_\_\_\_  
 Medicare Part A\_\_\_\_, Medicare Part B\_\_\_\_ Reçoit une aide pour payer Medicare Part B\_\_\_\_ Qui: \_\_\_\_\_

### 6. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage appliquée pour Medicaid? Oui Non

Qui: \_\_\_\_\_ Si oui et refusé, s'il vous plaît fournir une copie du refus avis Medicaid.

### 7. Avez-vous demandé une aide financière à un autre établissement? Oui Non

### 8. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage enceinte? Oui Non Si oui, où: \_\_\_\_\_

### 9. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage a servi dans l'armée? Oui Non Qui: \_\_\_\_\_

### 10. Avez-vous récemment déposé une compensation ou d'un véhicule à moteur de réclamation d'accidents de travailleurs?

Oui  Non Date: \_\_\_\_\_

### 11. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage admissible aux prestations de sécurité sociale? Oui Non Qui: \_\_\_\_\_

### 12. Est-ce que quelqu'un d'autre vous demande sur leur déclaration d'impôt sur le revenu? Oui Non Qui: \_\_\_\_\_

**13. DÉPENSES MÉNAGÈRES**

	PERSONNE 1	PERSONNE 2	PERSONNE 3
*Nom de chaque membre du ménage:	_____	_____	_____
Nom de l'employeur:	_____	_____	_____
Revenu mensuel brut à partir de:			
Emploi:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Auto- emploi:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Comptes de placement:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Location Immobilier:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Chômage: (depuis (___/___/___))	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Retraite:			
(Soc. Sécurité , retraite , rente )	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Alimony / Child Support:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Assistance publique , Food Stamps:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autres revenus:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Épargne et placements:			
Compte soldes Vérification des comptes	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Savings & CD Balances	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRA , 403B , 401K:			
Spécifier:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autres D'autres économies et investissements:			
Spécifier:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autres:			
Automobile: Année , Marque, Modèle ?	_____	_____	_____
Véhicule récréatif: Année , Marque, Modèle ?	_____	_____	_____

**14. DÉPENSES DES MÉNAGES**

Loyer mensuel Paiement: \$ \_\_\_\_\_ ou de paiement d'hypothèque: \$ \_\_\_\_\_ Solde du prêt Hypothèque \$ \_\_\_\_\_  
 Impôt foncier Montant non inclus dans le montant du paiement Ci-dessus: \$ \_\_\_\_\_ Valeur de la maison: \$ \_\_\_\_\_  
 Êtes-vous le propriétaire de biens autres que la résidence principale?  Oui  Non Si oui, la valeur \$ \_\_\_\_\_  
 Hypothécaire solde: \$ \_\_\_\_\_  
 Si d'autres biens est une entreprise, adresse de la liste: \_\_\_\_\_  
 Paiement de prêt mensuel: \$ \_\_\_\_\_ Payé à: \_\_\_\_\_ Pour: \_\_\_\_\_  
 Medicare Part D déduit du chèque de sécurité sociale:  Oui  Non Montant: \$ \_\_\_\_\_  
 Utilitaires \$ \_\_\_\_\_ Assurance (Auto / Vie / Immobilier) \$ \_\_\_\_\_  
 Alimony / pensions alimentaires pour enfants \$ \_\_\_\_\_ Santé Prime d'assurance \$ \_\_\_\_\_  
 Garde d'enfants \$ \_\_\_\_\_ Healthcare Bills \$ \_\_\_\_\_  
 Vivre (gaz, nourriture, vêtements) \$ \_\_\_\_\_ Médicaments \$ \_\_\_\_\_  
 Autres: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Autres: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**15. CESSIION DES DROITS Lire attentivement**

En signant ci-dessous, j'autorise la demande de mon rapport de crédit et / ou déclaration de revenus. Je comprends qu'une déclaration de revenus est nécessaire pour traiter cette demande et que plus d'informations peuvent être demandées avant mon admissibilité peut être déterminée. Dans le cas où je ne l'ai pas complètement divulgués, ou ont incorrectement représenté, tout revenu ou d'actifs, tout accord pour vous offrir un rabais de soins de bienfaisance serait nulle et non avenue et serait rétroactif à la date à laquelle les factures étaient dus. Je peux être responsable de tout / tous les frais juridiques au cours du processus de collecte. Tous les membres adultes du ménage qui signent ci-dessous autorisent la libération de tout, l'information financière ou de l'emploi médical qui se rapporte directement à leurs soins de santé ou à leur aide admissibilité financière. Cette information peut être communiquée à tous les fournisseurs de soins de santé dont les membres du ménage ont cherché des services de soins de santé ou de l'aide financière. Toutes les informations fournies resteront confidentielles en vertu des dispositions de la réglementation fédérale HIPAA. Les interventions non urgentes ne seront pas pris en compte pour l'assistance. Je suis d'accord que je vais rembourser le prix complet d'aide financière si je reçois le paiement d'aucune sorte pour les services médicaux couverts par la présente demande, pour les paiements par exemple d'assurance, les paiements de programme du gouvernement, attribution d'une action en justice ou tout autre paiement. Si je reçois l'aide financière, je suis d'accord pour dire l'organisation d'abord où j'ai appliqué de tout changement qui pourrait avoir une incidence sur l'admissibilité, y compris modifications apportées à la taille de la famille, le revenu et la couverture d'assurance-maladie. Je comprends que si mon / notre situation médicale change de sorte que je / nous pourrions être admissible à un programme d'aide publique, je vais avoir besoin d'appliquer à ce programme et fournir une preuve d'application.

Demandeur Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Co-demandeur Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Pièce jointe B (suite)  
**Additif de l'application**

**VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES POUR NOUS AIDER À RENDRE UNE DÉCISION SUR VOTRE DEMANDE.**

Si la question ne s'applique pas s'il vous plaît répondre N/D:

Si vous êtes actuellement sans emploi, quelle a été votre dernier jour de travail ? \_\_\_\_

Êtes-vous admissible à une indemnisation chômage ? \_\_\_\_

Si vous êtes temporairement sans emploi, vous attendez-vous à reprendre le même emploi ? \_\_\_\_

If so, when? \_\_\_\_\_

Vous êtes un parent qui est incapable de travailler pour des raisons de santé ? \_\_\_\_

Êtes-vous un parent isolé avec plus de 50 % garde de vos enfants ? \_\_\_\_

Recevez-vous des prestations de sécurité sociale en raison d'un handicap ? \_\_\_\_

Vous avez des problèmes de santé qui limitent votre capacité à travailler ? \_\_\_\_

Avez-vous une politique d'assurance vie entière ? \_\_\_\_

Si vous ne pas joindre une copie de la déclaration de revenus de l'année dernière, veuillez en indiquer la raison :

\_\_\_\_ Ne pas déposer - retraité.

\_\_\_\_ N'a pas fait assez d'argent pour le fichier.

\_\_\_\_ N'établissent pas une copie de la déclaration de revenus de l'année dernière.

S'il vous plaît nous contacter à 326-5653 pour demander un relevé de notes du formulaire de déclaration de revenus.

**PATIENT – VOUS DEVEZ GARDER CETTE PAGE DE RÉFÉRENCE DE COUVERTURE**

**Exclus des procédures/Services/fournitures pour réduction des frais**

Médecine bariatrique : exercer des programmes (le paiement est exigible avant le service).

Procédures cosmétiques/des services (services médicaux et hospitalisation connexe), inclure les frais de chirurgie plastique et esthétique, les injections de botox, laser traitement (épilation, varicosités, soin du visage et du cou, rides réduction, lésions pigmentaires, etc..).

Services dentaires.

Éducation diabétique pour perdre du poids uniquement. Doit avoir diagnostic valide (diabète, insuffisance rénale)

Experimental/recherche procédures (c'est-à-dire un traitement de fécondité et d'essais) sauf les frais de consultation initiale médecin.

Les réclamations émanant de sociétés d'assurance refusée faute de renvoi/pre-recertifications que le patient est tenu d'obtenir ou de non-présentation patiente information étant requise par la compagnie d'assurance.

Services de santé au travail.

Des examens physiques et des services connexes à des fins d'assurance ou travail ou tel que requis pour d'autres administratives ou des raisons de responsabilité.

Services ou procédures de toute condition, de maladie ou de blessures découlant d'ou dans le cadre de l'emploi, lorsque le membre a la possibilité d'être couvert par un programme d'indemnisation des travailleurs.

Services ou procédures à la suite de tout accident couvert par une assurance responsabilité civile.

Procédés de transformation de sexe et des services connexes.

Stérilisation et/ou stérilisation volontaire PCV. Frais de consultation de médecin pour la discussion de stérilisation possible et/ou de renversement seront couverts.

Fournitures, y compris mais non limité à : prothèse auditive pour activer et piles, custom ou autres boules quies, bandeau de natation, sérum botox, monter la couverture, de l'équipement médical durable.

## Annexe D

### Liste des fournisseurs

L'Androscoggin Valley Hospital (AVH) et la politique d'Assistance financière Androscoggin vallée hôpital chirurgical Associates (ASA) s'appliquera pas aux frais pour des soins d'urgence et médicalement nécessaires rendus à AVH/ASA, si ces frais ne sont pas facturés par AVH/ASA pour le fournisseur.

Fournisseurs, d'autres installations, fournir des soins d'urgence et médicalement nécessaires à AVH/ASA ne sont pas couverts par la politique d'aide financière AVH/ASA et les frais pour leurs services seront facturés par leur installation.

Couvert et installations de fournisseur non couverts sont énumérées ci-dessous :

#### Couverts

Androscoggin Valley Hospital  
Androscoggin Valley Hospital Surgical Associates

#### Non couverts

Institut de cardiologie de Catholic Medical Center/Nouvelle Angleterre  
Les Services de santé de famille du comté de Coos  
Dartmouth Hitchcock Medical Center  
Acuité visuelle Services ophtalmiques  
Je rythme  
Groupe de produits implantables (IPG)  
Littleton Regional Health Care  
Memorial Hospital  
North Country dentaire  
Upper Connecticut Valley Hospital  
Centre médical de semaines