

La demande d'aide financière de l'hôpital Woman's

Pour recevoir de l'aide pour faire cette demande, appelez (225) 924-8354

Nom : _____ Numéro de Sécurité Sociale : _____

Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ État : _____ Code postale : _____

Numéro de téléphone à la maison : _____

Numéro de téléphone cellulaire : _____

Employeur ou patron : _____ Vous êtes marié? Oui Non

Nom de votre époux/épouse : _____

Vous recevez de l'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP)? Oui Non

Vous avez demandé de l'aide Medicaid dans les 3 mois passés? Oui Non

Combien de personnes restent chez vous et sont vos dépendants pour les impôts fédéraux? _____

Écrivez les noms et les âges de ces dépendants qui restent chez vous (mais pas vous et votre époux/épouse) :

Revenu Annuel

Votre salaire : \$ _____ Salaire de votre époux/épouse : \$ _____ D'autre salaire : \$ _____

D'autre revenu annuel:

Prestation compensatoire - argent d'un(e) ex-époux/ex-épouse \$ _____

Assistance sociale pour les survivants \$ _____

Pension alimentaire pour enfants \$ _____

Bénéfices pour manque d'ouvrage \$ _____

Intérêt/Dividendes \$ _____ Bénéfices pour les vétérans \$ _____

Revenu de pension de retraite \$ _____

Dédommagement pour accident du travail \$ _____

Assistance publique \$ _____ D'autre (expliquez) _____ \$ _____

Assistance de sécurité sociale/Bénéfices pour les personnes handicapées \$ _____

DOCUMENTS À DONNER AVEC CETTE DEMANDE :

- Une copie de votre pièce d'identité avec un portrait – *Si vous avez pas de licence de char de Louisiane, vous pouvez donner un billet d'électricité à votre nom ou un bail (contrat de propriétaire d'où vous rester) à votre nom*
- La preuve de vos deux derniers chèques de salaire (ou votre dernière déclaration d'impôt)
- Une copie de la vérification de l'assistance nutritionnelle supplémentaire, si vous recevez SNAP
- Documentation qui vérifie tout autre revenu annuel, comme la détermination d'assistance ou des soldes de compte bancaire (ou votre dernière déclaration d'impôt)
- Déclarations des patients pour les 6 mois passés, si votre revenu annuel familial brut est plus que le niveau fédéral de pauvreté mais vous gagnez pas assez d'argent pour payer les frais médicaux. – *Les déclarations des patients pour tous vos dépendant(e)s qui restent avec vous et qui sont inclus dans votre dernière déclaration d'impôt fédéral.*

En signant ce document, je comprends que si je pourrais qualifier pour l'assistance Medicaid ou d'autres programmes d'assistance, j'ai pour coopérer et demander d'assistance ce ces programmes. De plus, je certifie que cette information que je donne est vraie au meilleur de ma connaissance.

Signature de demandeur(se) _____ Date _____

S'il vous plait, rendez cette demande à :

Woman's Hospital Financial Assistance Counselor

100 Woman's Way • Baton Rouge, LA 70817