



Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

Date / Date: _____ Nom du garant / *Guarantor Name* : _____

Nom du patient / *Patient Name* : _____ Date de service / *Date of Service* : _____

N° de compte hospitalier / *Hospital Account #* _____

N° de dossier médical / *Medical Record #* _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Arlington Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital
Southwest Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Denton |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Behavioral Health Hospital Corinth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Stephenville | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Kaufman |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Alliance | <input type="checkbox"/> Texas Health Harris
Specialty Hospital Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Plano |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Azle | <input type="checkbox"/> Texas Health
Heart & Vascular Hospital Arlington | <input type="checkbox"/> Texas Health
Recovery and Wellness Center |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Cleburne | <input type="checkbox"/> Texas Health
Outpatient Surgery Center Alliance | <input type="checkbox"/> Texas Health
Seay Behavioral Health Hospital |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Allen | <input type="checkbox"/> Texas Health
Springwood Behavioral Health
Hospital |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital
Hurst-Eules-Bedford | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Dallas | |

Cher patient :

Veillez trouver en pièce jointe la demande d'aide financière auprès de Texas Health Ressources. La finalisation de cette demande nous permettra de présenter votre compte en vue de bénéficier d'une aide financière pour payer vos factures hospitalières. Cela concerne uniquement vos frais d'hospitalisation.

Nous comprenons que vous souhaitez protéger votre vie privée. Par conséquent, sauf à des fins de vérification, les informations contenues dans votre demande seront traitées de manière confidentielle. Elles ne seront partagées avec Texas Health Resources qu'en cas de nécessité justifiée.

Veillez remplir tous les champs de la demande. Si vous avez besoin de plus d'espace pour ajouter des explications, veuillez utiliser le verso du formulaire.

Veillez joindre des duplicatas de votre fiche de paie de ce mois-ci et des deux mois précédents et / ou un justificatif de toute autre forme de revenu au sein de votre foyer. Si vous ne recevez pas de fiches de paie, veuillez fournir des copies de vos relevés de compte indiquant vos dépôts mensuels. Si vous êtes travailleur indépendant, veuillez fournir une copie de votre dernière déclaration de revenus et de votre compte de résultat actuel. L'absence de présentation des documents demandés peut entraîner le refus d'accord de l'aide financière.

Il est extrêmement important de remplir cette demande dès sa réception et de la retourner le plus tôt possible.

Si vous avez des difficultés à remplir cette demande ou si l'un des champs à remplir n'est pas clair pour vous, veuillez nous contacter. Nous apprécions votre coopération.



Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE – Page 1
 APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 1

Nom du patient / Nom de famille / Last Prénom / First Deuxième prénom / MI
 Patient Name : _____

N° de sécurité sociale / Social Security # _____ Date de naissance / DOB : _____ N° de compte hospitalier / Hospital Account # : _____

Marié(e) / Céliataire / Divorcé(e) / Veuf(ve) / Séparé(e) /
 Married Single Divorced Widowed Separated _____

Avez-vous des enfants mineurs (moins de 18 ans) ? / Do you have minor children (under 18)? _____ Oui / Yes _____ Non / No
 Vivent-ils avec vous ? / Do they live with you? _____ Oui / Yes _____ Non / No
 Sont-ils vos enfants légitimes / adoptés légalement ? / Are they your birth/legally adopted children? _____ Oui / Yes _____ Non / No
 Le patient travaille-t-il ? / Patient Employed? _____ Oui / Yes _____ Non / No
 Le conjoint travaille-t-il ? / Spouse Employed? _____ Oui / Yes _____ Non / No
 Avez-vous une assurance médicale ? / Do you have medical insurance? _____ Oui / Yes _____ Non / No
 Êtes-vous en invalidité ? Depuis combien de temps ? / Are you on disability? How long? _____ Oui / Yes _____ Non / No
 Êtes-vous un vétéran ? / Are you a veteran? _____ Oui / Yes _____ Non / No

MEMBRES DE LA FAMILLE – (domiciliés au foyer) / FAMILY MEMBERS – (Living in the home)

Conjoint(e) / Spouse : _____

Enfant / Child : _____ Âge / Age : _____
 Enfant / Child : _____ Âge / Age : _____
 Enfant / Child : _____ Âge / Age : _____
 Enfant / Child : _____ Âge / Age : _____



Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

REVENU (montant mensuel) / INCOME (Monthly Amount) :

	<u>Brut / Gross</u>	<u>Net</u>	<u>Dépenses / Expenses</u>	<u>Montant mensuel / Monthly Amount</u>
Patient / Patient	\$ _____	\$ _____	Hypothèque / loyer / Mortgage/Rent	\$ _____
Conjoint(e) / Spouse	\$ _____	\$ _____	Charges / Utilities	\$ _____
Personnes à charge / Dependents	\$ _____	\$ _____	Frais de voiture / Car Payments	\$ _____
Aide sociale / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	Alimentation / courses / Food / Groceries	\$ _____
Bons alimentaires / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	Cartes de crédit / Credit Cards	\$ _____
Sécurité sociale / Social Security	\$ _____	\$ _____	Autres (veuillez préciser) / Other (please specify)	\$ _____
Chômage / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Indemnités de grève / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Indemnisation des accidents du travail / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	TOTAL / TOTAL	\$ _____
Pension alimentaire / Alimony	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Pension alimentaire pour enfants / Child Support	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Affectations militaires / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Pensions / Pensions	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Revenus issus de : Débours en espèce (CD) / Income from: CD's				
Loyer, dividendes / Rent, Dividends				
Intérêts / Interest	\$ _____	\$ _____		\$ _____
TOTAL / TOTAL	\$ _____	\$ _____		\$ _____

ÉLÉMENTS D'ACTIF / ASSETS

Compte courant / Checking Account	\$ _____
Compte d'épargne / Savings Account	\$ _____
Débours en espèce (CD), Compte de retraite individuelle (IRA) / CD's, IRA's	\$ _____
Autres placements (actions, obligations, etc.) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)	\$ _____
Propriétés/terrains autres que la résidence principale / Properties/Land other than primary residence	\$ _____

Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

 500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE – Page 2

Nom de l'employeur / <i>Name of Employer</i>	_____	Employeur du conjoint / <i>Spouse's</i> <i>Employer :</i>	_____
N° de téléphone / <i>Telephone #</i>	_____	N° de téléphone / <i>Telephone #</i>	_____
Adresse de l'employeur / <i>Employer Address</i>	_____	Adresse de l'employeur / <i>Employer Address</i>	_____
Profession / <i>Occupation</i>	_____	Profession / <i>Occupation</i>	_____

Avez-vous fait la demande de prestations Medicaid ? / <i>Are you currently applying for Medicaid Benefits?</i>	_____	Oui / Yes	_____	Non / No
Avez-vous présenté une demande d'aide par le biais de votre hôpital départemental / programme pour les indigents ? / <i>Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?</i>	_____	Oui / Yes	_____	Non / No
Votre médecin fait-il don de ses services ? / <i>Is your physician donating his/her services?</i>	_____	Oui / Yes	_____	Non / No
Existe-t-il des tiers potentiellement responsables de votre accident / blessure / maladie ? / <i>Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?</i>	_____	Oui / Yes	_____	Non / No
Quelqu'un vous aide-t-il à payer vos factures d'hôpital ? / <i>Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?</i>	_____	Oui / Yes	_____	Non / No
Qui vous aide ? / <i>Who is assisting you?</i>	_____			
À combien s'élève cette aide ? / <i>How much assistance are you receiving?</i>	_____			

Indiquez toute autre information que vous jugez utile pour déterminer votre admissibilité à l'aide permettant de payer votre facture hospitalière. / *List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.*

Revenus et / ou les fonds attendus qui seront perçus pendant votre congé maladie (arrêt maladie, congé payé, pension d'invalidité de courte ou de longue durée). / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income).* \$ _____

Durée prévue de votre incapacité de travail et / ou de carence de salaire / *Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:* _____



Arlington Memorial Hospital
Harris Methodist Hospitals
Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialassistance@texashealth.org

Je comprends que Texas Health Resources peut vérifier les informations financières inscrites dans cette demande dans le cadre de l'évaluation de cette demande par l'hôpital et autorise l'hôpital à contacter mon employeur pour certifier les informations fournies et pour demander des rapports aux agences d'évaluation du crédit. Je suis conscient que cette information sera utilisée pour déterminer mon admissibilité à l'aide financière et que la falsification des informations présentes dans cette demande pourrait entraîner le refus de l'aide financière. Je comprends également que toute approbation de l'aide financière peut être complètement ou partiellement annulée en cas de recouvrement auprès d'une tierce partie ou d'une autre source.

Je comprends également que l'aide financière que je perçois ne doit pas être interprétée comme une renonciation de l'hôpital à son droit de se faire rembourser tout montant dû et que tout remboursement que je reçois en relation avec cette hospitalisation doit être envoyé à Texas Health Resources.

Signature de la personne faisant la demande (s'il s'agit du patient)
Signature of Person Making Request, If Patient

Date

Signature de la personne faisant la demande (s'il ne s'agit pas du patient)
Signature of Person Making Request, If Not Patient

Relation
Relationship

Adresse du patient Ville État Code postal Comté
Patient's Address City State ZIP County

Numéro de téléphone du domicile
Home Telephone Number