



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

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

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

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

Cher patient et/ou garant,

Veillez trouver en pièce jointe la demande d'aide financière auprès de Texas Health Resources. La finalisation de cette demande nous permettra de présenter votre compte en vue de bénéficier d'une aide financière pour payer vos factures hospitalières, de médecin ou de soins d'urgence. Cette aide ne concerne que les soldes impayés Texas Health Hospital, Texas Health Breeze Urgent Care ou Texas Health Physician Group.

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

Des preuves de revenus sont nécessaires pour traiter cette demande. Les documents acceptés sont indiqués ci-dessous. L'absence de présentation des documents demandés peut entraîner le refus d'accord de l'aide financière.

Il est important que vous remplissiez cette demande dès réception et que vous la renvoyiez dès que possible.

Si vous avez des difficultés à remplir cette demande ou si un point n'est pas clair pour vous, veuillez contacter notre équipe par téléphone. Votre coopération est nécessaire pour remplir cette demande.

LES PREUVES DE REVENUS REQUISES DEPENDRONT DE VOTRE SITUATION FINANCIERE.

TOUT OU PARTIE DES DOCUMENTS SUIVANTS PEUVENT ÊTRE EXIGÉS POUR DÉTERMINER LE RÉSULTAT DE VOTRE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE.

1. Les talons de paie de tous vos emplois : les 3 talons de paie les plus récents pour chaque emploi.
2. Les relevés de sécurité sociale ou de retraite.
3. Les travailleurs indépendants doivent fournir une déclaration d'impôt sur le revenu pour la dernière année civile écoulée et trois mois de relevés bancaires détaillés.
 - a. Déclaration d'impôt = Formulaire 1040 plus annexe 1 et toutes les autres annexes mentionnées dans l'annexe 1.
4. Les déclarations W-2 ou 1099 pour tous les emplois occupés pendant la période concernée.
5. Les allocations de chômage : les formulaires d'acceptation ou de refus d'allocation de chômage.
6. La preuve de revenus issus du versement d'une pension alimentaire pour enfants : le résumé juridique du procureur général de préférence.
7. La preuve de ressources disponibles - les relevés bancaires personnels détaillés.
8. Les formulaires approuvant ou refusant l'éligibilité à Medicaid et/ou à l'assistance médicale financée par l'État.
9. Les déclarations écrites d'employeurs ou d'organismes de protection sociale.
10. Une lettre signée par la personne ou l'organisme fournissant la nourriture et le logement.
11. La preuve d'indemnisation en cas d'accident de travail.
12. La pension d'invalidité : la déclaration de revenus d'invalidité à court ou long terme.
13. Les documents approuvant ou refusant l'éligibilité aux prestations SNAP.



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE-- Page 1

Nom du patient / <i>Patient Name:</i>	Nom de famille / <i>Last</i>	Prénom / <i>First</i>	Première lettre du deuxième prénom / <i>MI</i>
N° de sécurité sociale / <i>Social Security #</i>	DATE DE NAISSANCE / <i>DOB:</i>	N° de compte / <i>Account #</i>	
Marié(e) / <i>Married</i>	Célibataire / <i>Single</i>	Divorcé(e) / <i>Divorced</i>	Veuf (veuve) / <i>Widowed</i>
Avez-vous des enfants mineurs (moins de 18 ans ?) / <i>Do you have minor children (under 18)?</i>		Oui / Yes	Non / No
Vivent-ils avec vous ? / <i>Do they live with you?</i>		Oui / Yes	Non / No
Sont-ils vos enfants légitimes / adoptés légalement ? / <i>Are they your birth/legally adopted children?</i>		Oui / Yes	Non / No
Est-ce que le patient/la patiente travaille ? / <i>Patient Employed?</i>		Oui / Yes	Non / No
Est-ce que le conjoint/la conjointe travaille ? / <i>Spouse Employed?</i>		Oui / Yes	Non / No
Avez-vous une assurance médicale ? / <i>Do you have medical insurance?</i>		Oui / Yes	Non / No
Êtes-vous affilié(e) à un régime d'assurance maladie / de partage des coûts ? / <i>Are you a member of a healthshare/cost sharing plan?</i>		Oui / Yes	Non / No
Est-ce que vous recevez une pension d'invalidité ? Depuis combien de temps ? / <i>Are you on disability? How long?</i>		Oui / Yes	Non / No
Êtes-vous un vétéran / ancien combattant ? / <i>Are you a veteran?</i>		Oui / Yes	Non / No

MEMBRES DE LA FAMILLE – (domiciliés au foyer)

Conjoint(e) / *Spouse* : _____

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

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

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

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

REVENU (montant mensuel) :

	<u>Brut / Gross</u>	<u>Net</u>	<u>Dépenses / Expenses</u>	<u>Montant mensuel / Monthly Amount</u>
Patient / patiente / <i>Patient</i>	\$ _____	\$ _____	Hypothèque / loyer / <i>Mortgage/Rent</i>	\$ _____
Conjoint(e) / <i>Spouse</i>	\$ _____	\$ _____	Services publics / <i>Utilities</i>	\$ _____
Personnes à charge / <i>Dependents</i>	\$ _____	\$ _____	Paieement de prêt automobile / <i>Car Payments</i>	\$ _____
Aide sociale / <i>Public Assistance</i>	\$ _____	\$ _____	Alimentation / courses / <i>Food / Groceries</i>	\$ _____
Bons alimentaires / <i>Food Stamps</i>	\$ _____	\$ _____	Cartes de crédit / <i>Credit Cards</i>	\$ _____
Sécurité sociale / <i>Social Security</i>	\$ _____	\$ _____	Autre / <i>Other</i> (veuillez préciser / <i>please specify</i>)	\$ _____
Chômage / <i>Unemployment</i>	\$ _____	\$ _____		
Indemnités de grève / <i>Strike Benefits</i>	\$ _____	\$ _____		
Indemnités d'accident du travail / <i>Worker's Compensation</i>	\$ _____	\$ _____	TOTAL	\$ _____
Pension alimentaire / <i>Alimony</i>	\$ _____	\$ _____		
Pension alimentaire pour enfants / <i>Child Support</i>	\$ _____	\$ _____		
Allocations militaires / <i>Military Allotments</i>	\$ _____	\$ _____		
Retraite / <i>Pensions</i>	\$ _____	\$ _____		
Revenus issus de : Certificats de dépôt, Loyer, Dividendes, Intérêts / <i>Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest</i>	\$ _____	\$ _____		
TOTAL	\$ _____	\$ _____		

ACTIFS

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



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
 Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE— Page 2

Nom de l'employeur / <i>Name of Employer</i>	_____	Nom de l'employeur du conjoint / de la conjointe / <i>Spouse's 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>	_____

Présentez-vous actuellement une demande de prestations Medicaid ? / *Are you currently applying for Medicaid Benefits?* _____ Oui / Yes _____ Non / No

Avez-vous présenté une demande d'aide par le biais de votre hôpital du comté / programme pour les indigents ? /
Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program? _____ Oui / Yes _____ Non / No

Est-ce que votre médecin fait don de ses services ? / *Is your physician donating his/her services?* _____ Oui / Yes _____ Non / No

Existe-t-il des tiers potentiellement responsables de votre accident / blessure / maladie ? /
Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness? _____ Oui / Yes _____ Non / No

Est-ce que quelqu'un vous aide à payer vos factures médicales Texas Health ? /
Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills? _____ Oui / Yes _____ Non / No

Qui vous aide ? / *Who is assisting you?* _____

Quelle est l'étendue de cette aide ? / *How much assistance are you receiving?* _____

Indiquez toute autre information que vous jugez utile pour déterminer votre éligibilité à l'aide permettant de payer vos factures médicales Texas Health /
List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

Revenus et/ou fonds escomptés pendant votre congé maladie / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.*
 (Congés maladie, congés payés, revenus d'invalidité à court / long terme / *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:* _____

Je comprends que Texas Health Resources peut vérifier les informations financières inscrites dans cette demande dans le cadre de l'évaluation de cette demande et autorise Texas Health 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 éligibilité à l'aide financière et que la falsification des informations présentées 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.

[Responsabilité vis-à-vis des tiers uniquement] 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 / de la patiente) / <i>Signature of Person Making Request, If Patient</i>	_____	Date / <i>Date</i>	_____
--	-------	--------------------	-------

Signature de la personne faisant la demande (s'il ne s'agit pas du patient / de la patiente) / <i>Signature of Person Making Request, If Not Patient</i>	_____	Relation / <i>Relationship</i>	_____
---	-------	--------------------------------	-------

Adresse du patient / de la patiente / <i>Patient's Address</i>	Ville / <i>City</i>	État / <i>State</i>	ZIP	Comté / <i>County</i>	Numéro de téléphone du domicile / <i>Home Telephone Number</i>
---	------------------------	------------------------	-----	--------------------------	---