

Le Boston Children's Hospital (ci-après, « l'Hôpital ») et ses Fondations de médecins (ci-après, les « Fondations ») ont à cœur de prodiguer les soins nécessaires aux enfants qui en ont besoin, sans égard à la capacité de payer. La présente Demande d'aide financière sert à évaluer les possibilités d'assistance pour tous les soins d'urgence et autres soins médicaux essentiels fournis par l'Hôpital et les Fondations. Veuillez imprimer ce document et remplir l'ensemble des sections applicables.

Le cas échéant, l'Hôpital et les Fondations aideront les patients à déposer une demande d'aide publique (par exemple Medicaid, Commonwealth Care et Health Safety Net). Le fait de ne pas demander d'aide publique à laquelle vous pourriez prétendre peut entraîner le refus de votre demande d'aide financière par l'Hôpital et les Fondations.

Si vous avez la moindre question pour remplir la présente demande, veuillez prendre contact avec le Service des conseils financiers du Département des services financiers aux patients (Financial Counseling Unit of the Patient Financial Services Department) en vous rendant en personne à l'Hôpital sis au 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115, ou en appelant le (617) 355 7201.

Veuillez envoyer par courrier les demandes dûment remplies à l'adresse suivante :

Boston Children's Hospital
Patient Financial Services – Financial Counseling
300 Longwood Avenue
Farley Building Room 160
Boston, MA, 02115

1. Informations sur le demandeur

Remarque 1 : le demandeur désigne la personne qui remplit la demande.

Nom du demandeur (prénom, deuxième prénom et nom de famille)	
Lien du demandeur avec le patient	
Numéro de dossier médical du patient au Boston Children's Hospital	
Date(s) de l'intervention pour l'aide financière demandée	
Numéro(s) de compte(s) pour l'aide financière demandée	
Montant demandé (en dollars)	

2. Informations sur le patient et le garant du patient

Remarque 2 : le patient désigne la personne pour laquelle la demande est déposée, à savoir la personne ayant reçu ou recevant des soins médicaux.

Remarque 3 : le garant du patient désigne la personne financièrement responsable de s'acquitter de la facture.

¹ La politique d'assistance financière du Boston Children's Hospital ne s'applique pas à Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children's Pharmacy ni à tout article fourni par Boston Children's Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children's Pharmacy.

Nom du patient (prénom, deuxième prénom et nom de famille)	
Date de naissance du patient	

Numéro de sécurité sociale du patient (le cas échéant)	
Adresse du patient	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Sans objet
Numéro de téléphone du patient	
Nom du garant du patient	
Adresse du garant du patient	
Lien du garant du patient avec le patient	
Employeur du garant du patient	
Adresse de l'employeur du garant du patient	

- Veuillez joindre un justificatif de domicile (du type permis de conduire, relevé d'emprunt hypothécaire, contrat de location, relevé d'imposition, facture d'électricité, facture de charges ou facture de téléphone).

Le patient a-t-il déposé une demande d'aide publique du type Medicaid, Commonwealth Care ou Health Safety Net ?

Oui Non Ne sait pas Résultats _____

Si Oui, veuillez fournir les résultats de la demande.
Si le patient a bénéficié d'une aide publique à la date de l'intervention, veuillez fournir les informations liées à l'aide publique avec la demande.
Si l'aide publique a précédemment été refusée, veuillez fournir les informations liées au refus.

Le patient bénéficiait-il d'une assurance maladie à la date de l'intervention ?

Oui Non Ne sait pas Assurance maladie _____

Si le patient bénéficiait d'une assurance maladie à la date de l'intervention, veuillez fournir les informations concernant l'assurance avec la demande.

Le patient/garant bénéficie-t-il d'une assurance maladie par l'intermédiaire de son employeur ?

Oui Non Ne sait pas Employeur _____

Le patient/garant a-t-il volontairement résilié son assurance au cours des 60 derniers jours ?

Oui Non Ne sait pas Assurance _____

Le patient était-il visé par un procès, un règlement ou une demande d'indemnisation en cours à la date de l'intervention ?

Oui Non Ne sait pas Résultats _____

Si le patient était visé par un procès, un règlement ou une demande d'indemnisation en cours, veuillez apporter des précisions sur la situation avec la demande.

Le patient bénéficie-t-il d'un financement supplémentaire pour l'aider à payer ses services médicaux essentiels ?

Oui Non Ne sait pas Source de financement _____

3. Informations familiales

L'Hôpital détermine l'admissibilité aux programmes d'aide financière sur la base des revenus de la famille du patient. Les taux de réduction sont déterminés selon les Directives fédérales en matière de pauvreté (Federal Poverty Guidelines, FPG).

Veuillez dresser la liste du ou des parents et tuteurs légaux du patient ci-dessous (qu'ils vivent ou non avec le patient).

Veuillez également préciser les membres de la famille du patient qui vivent avec ce dernier, notamment les frères et sœurs de moins de 18 ans vivant avec le patient. Si le patient est marié, veuillez indiquer le nom de son conjoint ou de sa conjointe. Si le nombre de membres de la famille est supérieur à 6, veuillez ajouter une feuille supplémentaire.

Nombre de membres de la famille

ID	Nom du membre de la famille (prénom, deuxième prénom et nom de famille)	Lien avec le patient	Date de naissance	Âge
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Revenus familiaux

Dressez la liste de tous les revenus bruts de la famille des 6 derniers mois et des 12 derniers mois précédant la date de l'intervention en lien avec cette demande d'aide financière. Les revenus bruts familiaux s'entendent avant impôts et comprennent les salaires, les indemnités de chômage, l'indemnisation des accidents du travail et d'autres formes de revenus. Les revenus familiaux doivent être indiqués pour le patient, le ou les parents et tuteurs légaux du patient (qu'ils vivent ou non avec le patient) et les frères et sœurs du patient âgés de moins de 18 ans et vivant avec le patient. Si le patient est marié, les revenus familiaux doivent inclure les revenus de son conjoint ou de sa conjointe. Plusieurs sources peuvent être indiquées pour chaque type de revenu.

Type de revenus familiaux	Source(s) familiale(s)	Montant brut en dollars des 6 derniers mois	Montant brut en dollars des 12 derniers mois
Salaires			
Indemnités de chômage			
Indemnisation pour accident du travail			
Aide publique			
Pension / Retraite			
Bien immobilier locatif			
Prestation d'invalidité			
Pension alimentaire (si elle n'est pas déclarée dans les salaires)			
Prestations compensatoires (si elles ne sont pas déclarées sur les salaires)			
Sécurité sociale			
Dividendes / Intérêts / Redevances			
Autre			
Total			

- Veuillez inclure des justificatifs de revenus, notamment (au choix) déclarations de revenus de l'année passée, formulaires W2 des années précédentes, quatre bulletins de salaire récents ou attestation écrite de la part de l'employeur, chèque de la Sécurité sociale, chèque de prestation d'invalidité ou déclaration sur l'honneur signée de non-perception de revenus.

5. Attestation et signature

Je demande à l'Hôpital de procéder à une détermination d'admissibilité en faveur d'une aide financière. Je comprends que les présentes informations sont de nature confidentielle et soumises à vérification par l'Hôpital. Je comprends également que si je communique de fausses informations, je risque de me voir refuser l'aide financière et devoir m'acquitter du paiement des services fournis par l'Hôpital et les Fondations. J'atteste expressément que les informations contenues dans la présente demande sont exhaustives et véridiques au meilleur de mes connaissances et je comprends le traitement qui y sera accordé et mes responsabilités à cet égard.

Nom du demandeur (prénom, deuxième prénom et nom de famille)	
Signature	Date