



NOM DU PATIENT :
N° DE COMPTE :

Merci de permettre aux Community Medical Centers de répondre à vos besoins en matière de santé.

Une demande d'aide financière est jointe afin de déterminer s'il existe d'éventuelles difficultés financières. Si cela vous intéresse, veuillez remplir la demande et nous la renvoyer dans un délai de quinze (15) jours ouvrés. Merci de joindre une copie des documents suivants à votre demande :

Justificatifs de revenus de tous les membres du ménage :

1. trois (3) bulletins de salaire récents, le formulaire W-2 ou la dernière déclaration de revenus *ou*
2. si vous êtes à votre compte, fournissez la dernière déclaration de revenus (incluant l'annexe C) *ou*
3. si vous n'avez pas d'emploi, joignez un relevé d'allocations chômage *ou*
4. relevé de pension/retraite (le cas échéant) *ou*
5. si vous recevez une aide sociale, veuillez fournir un justificatif de l'admissibilité/inscription annuelle à l'un des programmes suivants du gouvernement : Programme d'épargne Medicare (Medicare Savings Program), Cal WORKS, Cal Fresh (coupons alimentaires), allocation supplémentaire de revenu de sécurité / paiement supplémentaire étatique (Supplemental Security Income, SSI ; State Supplementary Payment, SSP) *ou* Femmes, nourrissons et enfants (Women, Infants and Children, WIC).

Les patients qui ont une assurance médicale **doivent** aussi fournir les documents pour attester que 10 % du revenu familial a été payé **ou** est dû en frais médicaux au cours des 12 derniers mois. Toutes les sommes dues, les reçus/factures médicaux-les, les primes d'assurance médicales et de pharmacie peuvent être utilisés pour atteindre ces 10 %.

Les Community Medical Centers s'engagent à servir notre communauté. Nous sommes heureux de pouvoir vous aider lorsque vous en avez besoin.

Si vous avez des questions concernant ce compte ou les documents requis, appelez-nous au (559) 459 3939 ou au (800) 773 2223 option n°3. Une demande incomplète ne peut pas être traitée.

Envoyez par courrier postal la demande dûment remplie et signée ainsi que les documents à l'adresse ci-dessous ou par télécopie au (559) 230 8505 :

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

Date où le formulaire a été donné/posté _____ Renvoyer le formulaire avant le _____

Demande d'aide financière CMC

NOM DU PATIENT	COMPTE DU PATIENT N°
	DOSSIER MÉDICAL N°

I. PATIENT/PARTIE RESPONSABLE

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM
	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM
ADRESSE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE
	TÉLÉPHONE DU DOMICILE
	TÉLÉPHONE PORTABLE
NOM DE L'EMPLOYEUR	TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL
	REVENU MENSUEL BRUT \$

II. CONJOINT(E)/CONCUBIN(E)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM
	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM
ADRESSE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE
	TÉLÉPHONE DU DOMICILE
	TÉLÉPHONE PORTABLE
NOM DE L'EMPLOYEUR	TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL
	REVENU MENSUEL BRUT \$

III. INFORMATIONS SUR LE MÉNAGE

Indiquez le/la conjoint(e), le/la concubin(e), les enfants à charge de moins de 21 ans. Si le patient est mineur, indiquez tous les parents, les proches responsables de l'enfant et (les frères et sœurs de moins de 21 ans).

NOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN

NOMBRE TOTAL DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE :

IV. REVENU MENSUEL BRUT		
Revenu mensuel du patient/de la partie responsable		\$
Revenu mensuel du/de la conjoint(e) ou du/de la concubin(e) (le cas échéant)		\$
Revenu de retraite		\$
Prestation compensatoire/Pension alimentaire reçue		\$
Allocations chômage ou indemnisation des travailleurs		\$
Retraite/Pension d'invalidité de la Sécurité sociale		\$
Revenus divers		\$
Si une prestation compensatoire/pension alimentaire est versée, déduisez ici		-\$
REVENU MENSUEL BRUT TOTAL	=	\$

V. INFORMATIONS DIVERSES		
	Oui	Non
Avez-vous plus de 18 ans et êtes-vous déclaré(e) comme personne à charge dans la déclaration de revenus de vos parents ?		
Êtes-vous inscrit(e) à l'un des programmes suivants ? Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh, Supplemental Security Income/State Supplementary Payment (SSI/SSP) ou Women, Infants and Children (WIC)		
Avez-vous une assurance maladie ?		
Est-ce que cette visite a été causée par un tiers, comme un accident de voiture ou une chute par glissade ?		
Avez-vous déposé une demande auprès de Medi-Cal ou de Medicare ?		
Avez-vous déposé une demande auprès de Covered California ?		

LES DEMANDES INCOMPLÈTES OU FRAUDULEUSES SERONT REFUSÉES.
<p>EN REMPLISSANT CETTE DÉCLARATION FINANCIÈRE, J’AFFIRME PAR LA PRÉSENTE QUE LES DÉCLARATIONS CI-DESSUS SONT EXACTES ET COMPLÈTES, ET JE DONNE MON CONSENTEMENT À UNE VÉRIFICATION ULTÉRIEURE PAR LES COMMUNITY MEDICAL CENTERS.</p> <p>SIGNATURE : _____</p> <p>NOM EN LETTRES MAJUSCULES : _____</p> <p>DATE : _____</p> <p>LIEN SI AUTRE QUE LE PATIENT : _____</p>

Envoyez par courrier postal la demande dûment remplie ainsi que les documents à l'adresse ci-dessous ou par télécopie au (559) 230 8505 :

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889