

Demande d'aide financière				
Veuillez sélectionner le lieu de fourniture des services (veuillez cocher toutes les cases correspondantes)				
<input type="checkbox"/> Central Vermont Medical Center		<input type="checkbox"/> Porter Medical Center		<input type="checkbox"/> UVM Medical Center
Informations sur le chef de famille / le garant financier				
Chef de famille	Date de naissance	Numéro d'assurance sociale	État matrimonial	Numéro de téléphone
Adresse		Ville	État	Code postal
Membres du ménage				
Indiquez tous les membres de la famille qui vivent dans votre foyer, y compris le partenaire domestique. Le partenaire domestique est une personne qui vit avec vous dans le cadre d'une relation sérieuse / intime.				
Nom	Date de naissance	Numéro d'assurance sociale	Relation	
Informations complémentaires				
Êtes-vous couvert par une police d'assurance maladie? Si oui, veuillez fournir les détails ci-dessous :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom de la compagnie d'assurance :		Numéro d'identifiant :		
Avez-vous faites une demande de couverture auprès de Medicaid du Vermont ou de l'État de New York?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous faites une demande de couverture auprès de Health Exchange du Vermont ou de l'État de New York?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Habitez-vous, travaillez-vous ou étudiez-vous dans le Vermont?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dépenses mensuelles				
Nous utilisons ces informations pour mieux comprendre votre situation financière.				
Loyer ou hypothèque	\$:	Médicaments	\$:	
Taxe foncière	\$:	Assurance maladie	\$:	
Services publics (eau / électricité)	\$:	Factures médicales	\$:	
Auto (paiement de véhicule)	\$:	Assurance (automobile / propriété)	\$:	
Garde d'enfants	\$:	Pension alimentaire	\$:	
Vie courante (nourriture / gaz)	\$:	Autre	\$:	
Veuillez joindre une page supplémentaire si vous souhaitez nous faire part d'autres informations sur votre situation financière actuelle. Par exemple, des difficultés à payer les factures, le loyer ou la nourriture.				
Emploi				
	Chef de famille / le garant financier		Conjoint(e) / Partenaire domestique	
Employeur ou cercle si : (à la retraite / aux études / au chômage)	\$:		\$:	
Revenu mensuel				
Salaire brut	\$:	\$:		
Revenu en tant que travailleur indépendant	\$:	\$:		
Sécurité sociale	\$:	\$:		
Pension / Retraite	\$:	\$:		
Invalidité (à l'exclusion de Veterans Affairs (VA))	\$:	\$:		
Prestations de chômage	\$:	\$:		
Revenus locatifs	\$:	\$:		
Revenu de dividendes	\$:	\$:		
Autres revenus :	\$:	\$:		

La demande continue au verso

Actifs		
Espèces / Épargne / Investissements		
	Chef de famille / le garant financier	Conjoint(e) / Partenaire domestique
Chèque	\$:	\$:
Épargne	\$:	\$:
Certificats de dépôt	\$:	\$:
Actions / Fonds communs de placement	\$:	\$:
Obligations	\$:	\$:
Rentes	\$:	\$:
Marché monétaire	\$:	\$:
Compte fiduciaire	\$:	\$:
Autre :	\$:	\$:
Informations complémentaires (Ne comprend pas la résidence principale)		
	Valeur	Solde de l'hypothèque
Vacances / Résidence secondaire	\$:	\$:
Terrain	\$:	\$:
Propriété locative	\$:	\$:
Documentation requise (requis pour traiter la demande)		
Documents relatifs aux revenus requis, le cas échéant <ul style="list-style-type: none"> • Dernière déclaration fiscale fédérale • Compte de profits et pertes • Deux derniers bulletins de paie • Lettre de vérification des prestations de sécurité sociale • Vérification écrite des revenus par l'employeur 		Documents relatifs aux actifs requis, le cas échéant <ul style="list-style-type: none"> • Relevés bancaires • Relevés de compte d'investissement • Relevés d'obligations • Facture de la taxe foncière sur les propriétés secondaires • Relevé d'hypothèque sur une propriété secondaire
Veuillez lire attentivement		
<p>Je demande une aide financière aux partenaires du Vermont de l'University of Vermont Health Network. Je vérifie que toutes les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes. L'University of Vermont Health Network a mon autorisation de procéder à la vérification des informations pertinentes et d'échanger des informations concernant mes comptes, ma demande et les documents à l'appui avec ses fournisseurs affiliés. Toute information incorrecte, incomplète ou fautive peut entraîner l'annulation de ma demande d'aide financière. J'accepte de rembourser la totalité de l'aide financière si je reçois un paiement de quelque nature que ce soit pour les services médicaux couverts par la présente demande d'aide financière. L'University of Vermont Health Network est autorisé à accéder aux fichiers et rapports des agences d'évaluation du crédit, maintenant et à l'avenir, à des fins de recouvrement. Cette autorisation est accordée conformément au titre 9, section 2480e des statuts du Vermont. Tous les renseignements fournis resteront confidentiels conformément aux dispositions de la réglementation fédérale Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).</p>		
Signature du chef de famille / du garant financier		Date

Commentaires / informations complémentaires que vous souhaitez partager...

Veuillez envoyer votre demande dûment remplie au partenaire de l'University of Vermont Health Network (UVMHN) où vous recevez principalement vos soins. Veuillez vous assurer de joindre les documents requis à la demande.

Central Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
PO Box 547
Barre, VT 05641

Numéro de télécopieur 802 371-5339

Porter Medical Center
Patient Financial Services Dept
115 Porter Drive
Middlebury, VT 05753

Numéro de télécopieur 802 355-5696

University of Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401

Numéro de télécopieur 802 847-7618