

MEMORIAL HEALTHCARE SYSTEM
Formulaire de déclaration de ressources

Numéro de compte :	Numéro de dossier :
--------------------	---------------------

Nom du patient : _____
 Adresse (rue) : _____ N° de téléphone : _____
 Ville : _____ État : _____ Code postal: _____

Merci de bien vouloir remplir l'intégralité de ce formulaire et avec exactitude. Les informations sont susceptibles d'être vérifiées. **Conformément aux statuts de l'État de Floride, section 817.50, la communication de renseignements fallacieux pour escroquer un hôpital dans le but d'obtenir des biens ou services constitue un délit du deuxième (2^{ème}) degré.**

Liste des membres du foyer	Date de naissance	Relation avec le patient	Employeur

Revenu mensuel		Dépenses mensuelles	
Salaire brut de la partie responsable	\$	Êtes-vous locataire ou propriétaire	\$
Salaire brut du conjoint	\$	Électricité	\$
Autres revenus :	\$	Téléphone	\$

Ressources	
Compte chèque	\$
Épargne/compte du marché monétaire/certificats de dépôt	\$
Valeur de la ou les résidence(s)	\$

Je certifie que les renseignements que j'ai fournis ci-dessus sont la déclaration fidèle et véritable de mes données financières. Je certifie par ailleurs qu'il n'y a pas d'autre couverture santé pour ce(tte) patient(e) autre que celle indiquée à la date de l'enregistrement. Je comprends que la communication d'informations fallacieuses entraînera le refus de la demande pour toutes sortes d'assistance financière par l'intermédiaire du district du South Broward Hospital exerçant sous le nom de Memorial Healthcare System. Si je suis en droit d'intenter des poursuites ou de rechercher un règlement de la part de payeurs tiers, je prendrai toutes les mesures nécessaires ou demandées par le Memorial Healthcare System afin d'obtenir cette aide et j'attribuerai au Memorial Healthcare System et, à réception, verserai au Memorial Healthcare System tous les montants remboursés à hauteur de la somme totale du solde sur ma facture. À défaut pour moi de demander cette aide ou de donner suite à la demande ou de prendre les mesures qui s'imposent ou qui sont demandées par le Memorial Healthcare System, je m'expose au rejet de la présente demande. J'autorise en outre le Memorial Healthcare System à vérifier mes antécédents bancaires en matière de crédit par l'intermédiaire de l'office du crédit si cela est jugé justifié.

 Signature du patient (partie responsable)

 Date

[Étiquette]



TABLEAU D

SECTION 1 : IDENTIFICATION

Veillez fournir l'**UNE** des pièces suivantes :

- Pièce d'identité valide délivrée par l'État de la Floride
- Permis de conduire valide
- Pour les demandeurs qui ne sont pas éligibles à l'obtention d'une pièce d'identité délivrée par l'État de Floride une autre pièce d'identité émise par le gouvernement doit être fournie

SECTION 2 : ADMISSIBILITÉ

Si vous êtes citoyen américain ou résident légal depuis 5 ans ou plus

ET que vous êtes âgé de 65 ans ou plus, **OU** que vous percevez des prestations d'invalidité, **OU** avez des enfants à charge de moins de 18 ans, vous DEVEZ fournir l'**UN** des documents suivants :

- Justificatif de demande d'assurance-maladie **avant** de postuler à ce programme
- Lettre de refus émise par l'assurance-maladie

JUSTIFICATIF DE DOMICILE

Les documents suivants **DOIVENT** vous être adressés directement à vous ou à votre conjoint :

SECTION 2A

Veillez fournir l'**UNE** des pièces suivantes :

- Dernière facture d'électricité
- Dernière facture des services publics
- Dernière facture de téléphone cellulaire
- Dernière facture de câble
- Dernière facture d'Internet
- Dernière facture de télévision par satellite

ET l'**UNE** des pièces suivantes :

- Dernier relevé de compte d'hypothèque
- Exemption relative à la propriété familiale
- Dernier relevé de compte de taxe foncière
- Titre de propriété
- Contrat de location*
- Enregistrement de véhicule valide
- Justificatif d'adresse notarié
- Contrat de sous-location

*Si le contrat de bail indique que les services publics sont inclus dans le loyer, deux correspondances commerciales ou gouvernementales qui vous ont été adressées sont requises en plus du contrat de location

Si la SECTION 2A est remplie, vous pouvez ignorer la SECTION 2B et 2C et continuer aux SECTIONS 3 et 4.

Si vous ne parvenez pas à soumettre les DEUX pièces de la SECTION 2A, vous DEVEZ compléter la SECTION 2B et 2C d'abord.

SECTION 2B

Si vous sous-louez ou louez une chambre, ou ne payez pas pour votre propre logement, vous DEVEZ fournir **DEUX** pièces parmi les suivantes. Les documents ne doivent pas dater de plus de 90 jours (3 mois) :

- Correspondance commerciale : Relevé de carte de crédit, relevés bancaires, déclaration de prêt automobile, toute facture personnelle
- Correspondance gouvernementale : Inscription à l'aide alimentaire
- Attestation de domicile émise par le Broward County Governmental Center
- Preuves de paiements des loyers
- Calendrier scolaire

SECTION 2C

Si vous ne payez pas vos frais de vie, VOUS DEVEZ fournir **TOUTES** les pièces suivantes, en plus des documents énumérés à la SECTION 3B :

- Une lettre de soutien notariée de la personne qui vous déclare à sa charge OU un affidavit de sans-abris notarié délivrée par un refuge du district de South Broward (la validité de la lettre et de 30 jours maximum à compter de la date d'émission)
- Preuve que vous êtes l'enfant, le parent ou le frère de la personne de qui vous êtes à charge OU que cette personne vous déclare à sa charge aux fins de l'impôt fédéral sur le revenu OU une preuve d'inscription dans un programme de service social approprié et reconnu pour les sans-abris dans le district de South Broward
- Pour les demandeurs qui fournissent une lettre de soutien : la copie d'une pièce d'identité avec photo de la personne de qui vous êtes à la charge doit également être fournie

SECTION 3 : PREUVE DE CITOYENNETÉ/STATUT D'IMMIGRANT

Non-citoyens et visiteurs :

DOIVENT fournir l'**UNE** des pièces suivantes pour chaque membre du ménage :

- Carte d'autorisation de travail
- Preuve de résidence dans le comté de South Broward
- Pièce d'identité ou carte de sécurité sociale de la Floride
- Passeport avec visa et I-94
- Carte de résident

SECTION 4 : JUSTIFICATIF DE REVENUS

Les partenaires légalement mariés ou non mariés avec des enfants **DOIVENT** déclarer les revenus de tous les membres de la famille

Veuillez fournir l'**UNE** des pièces suivantes :

- Les bulletins de salaire des 6 dernières semaines pour vous, votre conjoint ou votre partenaire domestique et tous les membres de votre famille
- Une attestation à l'entête de l'entreprise qui vous emploie indiquant les heures travaillées et votre rémunération brute
- Pour les demandeurs travailleurs autonomes : un formulaire de déclaration de revenus dûment rempli peut être accepté

Veuillez fournir **TOUTES** les pièces pertinentes :

- Aide à la famille avec enfants à charge
- Pensions alimentaires
- Allocations aux enfants
- Revenus d'invalidité
- Revenus de sécurité sociale
- Indemnités de chômage
- Pensions
- Revenus de dividendes
- Rentes
- Indemnités des accidents du travail

Veuillez fournir l'**UNE** des pièces suivantes :

- Les relevés de compte personnels des 3 derniers mois de TOUS les membres de la famille (comptes chèques, épargne, compte de retraite individuel, CD (certificats de dépôts), marché monétaire et obligations) ET comptes bancaires d'entreprise pour vous, votre conjoint (ou votre partenaire domestique) et toutes les personnes à votre charge
- Le justificatif de paiement du demandeur et/ou de la personne de qui il est à la charge pour toutes les dépenses mensuelles des 3 derniers mois (c.-à-d., les mandats, les reçus de caisse, les chèques annulés)

Veuillez fournir l'**UNE** des pièces suivantes :

Toutes les pages doivent être fournies, y compris les formulaires 1040, les formulaires W-2, les 1099 et tous les échéanciers

- Dernière déclaration d'impôt sur le revenu - si vous faites une déclaration séparée, les déclarations de revenus doivent être fournies **(tous les formulaires/toutes les pages)**
- Les déclarations de revenus personnels et commerciaux pour vous, votre conjoint et tous les autres membres de la famille **(tous les formulaires/toutes les pages)**
- Formulaire 4506-T : Demande de relevés de la déclaration d'impôt **(Appelez l'IRS au 1-800-908-9946 pour une copie gratuite des relevés)**
- Si vous êtes travailleur indépendant, vous DEVEZ fournir l'intégralité du formulaire de déclaration de revenus. **(Tous les formulaires/pages)**

Non-citoyens et visiteurs :

Veillez fournir ce qui suit :

- Justificatif de paiement du voyage aux États-Unis
- Justificatif de revenus/dépenses du pays d'origine
- Justificatif de soutien aux États-Unis
- Répondant américain

Des renseignements/documentations supplémentaires peuvent être demandés pour compléter votre demande. Tous les renseignements sont sujets à vérification.

Pour des questions supplémentaires sur l'éligibilité, veuillez communiquer avec le service à la clientèle au 954-276-5501.