



## **Instructions Pour Demande d'Aide Financière**

Nous fournissons une Aide Financière pour les services médicalement nécessaires aux patients admissibles. L'admissibilité à l'aide financière sera basée sur les Directives Fédérales sur la Pauvreté (publiées chaque année dans le Federal Register). Les patients qui indiquent ne pas avoir d'assurance ou tout autre moyen de payer les services médicalement nécessaires peuvent demander une Aide Financière.

### **VEUILLEZ RETOURNER LES DOCUMENTS SUIVANTS :**

- **DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE REMPLIE** (les demandes incomplètes ne seront pas considérées)
- **PREUVE DE REVENU DU MÉNAGE**  
**Résidents du Michigan :** Bulletins de salaire les plus récents pour les 4 dernières périodes de paie, relevés bancaires les plus récents pour les 2 derniers mois, autres preuves de revenus, actifs (403b, 401k, etc.).  
**Résidents de l'Ohio :** Bulletins de salaire les plus récents des 3 derniers mois précédant le service.
- **FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DES REVENUS (SI VOUS N'AVEZ ACTUELLEMENT AUCUN REVENU)**
- **COPIE DE LA DERNIÈRE DECLARATION D'IMPÔT FÉDÉRALE DÉPOSÉE**
- **VEUILLEZ NOTER SI UN DOCUMENT N'EST PAS ACCESSIBLE**

Veillez prévoir un délai de 30 jour ouvrable pour le traitement de la demande. McLaren Health Care peut demander des documents financiers supplémentaires nécessaires au traitement de la Demande d'Aide Financière. Les demandes ou documents manquants et/ou incomplets retarderont le traitement de la demande.

### **VEUILLEZ RETOURNER LA DEMANDE COMPLÉTÉE ET PIÈCES JUSTIFICATIVES DANS LES QUATORZE (14) JOURS A :**

McLaren Corporate Services  
Attn : Revenue Cycle Operations-Customer Service  
50820 Schoenherr Rd.  
Shelby Township, MI 48315

OU [FinancialAssistance@mclaren.org](mailto:FinancialAssistance@mclaren.org)

**Toutes les informations demandées doivent être retournées afin d'être traitées / examinées pour une Aide Financière. Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide pour remplir la demande veuillez contacter :**

Services Financiers aux Patients  
Services à la Clientèle  
(844) 321-1557



### Formulaire de Vérification de Revenu

Ce formulaire ne doit être utilisé que lorsque le demandeur d'Aide Financière ne mentionne aucun revenu.

Toutes les cases de ce formulaire doivent être remplies pour que le formulaire soit valide.

Nom du Demandeur	Adresse Actuelle du Demandeur :
------------------	---------------------------------

Vérification de Revenu du Demandeur
Je _____ certifie que je n'ai aucun revenu gagné ou non gagné. J'autorise McLaren Health Care à vérifier cette déclaration. Je comprends que si McLaren Health Care constate que j'ai un revenu gagné ou non gagné, je ne serai pas admis à recevoir une aide financière
Je suis actuellement soutenu par (indiquez comment vous faites face aux dépenses de base, à la nourriture, aux vêtements, au logement, y compris les noms de toutes les personnes qui fournissent un soutien) :
_____
_____
_____
_____
Je comprends qu'un représentant de McLaren Health Care peut contacter les personnes énumérées ci-dessus pour vérifier les informations fournies.

Signature
Signature du Demandeur : _____
Nom en Caractères d'Imprimerie : _____
Date : _____



- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region

- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic Hospital
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- Autre \_\_\_\_\_

## Demande d'Aide Financière

Total du ou des soldes dus \_\_\_\_\_ Numéros de compte \_\_\_\_\_

Nom du Patient \_\_\_\_\_ N ° de sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_\_

Adresse Personnelle \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Téléphone personnel \_\_\_\_\_ Téléphone alternatif \_\_\_\_\_

Nom du Responsable (Garant) \_\_\_\_\_ N ° de sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_ Téléphone au travail \_\_\_\_\_

Veillez cocher une case :  Actif  Indépendant  Sans Emploi  Retraité  Invalide

En cas d'Emploi – travaillez-vous :  A Temps Plein  A Temps Partiel  Occasionnel Moyenne d'heures / semaine \_\_\_\_\_

Nom du Conjoint \_\_\_\_\_ N ° de sécurité sociale \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_\_

Employeur du Conjoint \_\_\_\_\_

Veillez cocher une case :  Actif  Indépendant  Sans Emploi  Retraité  Invalide

En cas d'Emploi – travaillez-vous :  A Temps Plein  A Temps Partiel  Occasionnel Moyenne d'heures / semaine \_\_\_\_\_

Nom et Age des Personnes à charge (inclure soi-même et son conjoint) \_\_\_\_\_

### COMPTE EPARGNE (Certificat de Dépôt, Marché Monétaire, IRA), Comptes Chèques et Comptes Caisses Populaires

Nom de la Banque	Ville	Type de Compte	Solde

Êtes-vous propriétaire de votre maison ?  Oui  Non Si Oui Indiquez ci-dessous.

Possédez-vous d'autre propriété ? Véhicules, Véhicule Récréatifs, autres biens immobiliers  Oui  Non Si Oui Indiquez ci-dessous.

### ACTIFS

Actif – Maison, Véhicule, etc.	Valeur du Marché	Montant du Prêt Impayé

**REVENUS ET DÉPENSES MENSUELS DU MÉNAGE**

Poste de Revenu	Montant (Mensuel)	Poste de Dépenses	Montant (Mensuel)
Salaire Brut Total du Ménage		Loyer / Hypothèque	
Revenus de la Sécurité Sociale		Impôts Fonciers	
Revenu des Intérêts		Automobile	
Revenus Locatif		Assurance : Propriétaires	
Pension Alimentaire		Assurance : Automobile	
Pension Alimentaire pour enfants		Assurance : Santé	
Retraite		Assurance : Vie	
Assistance Générale		Charges Utilitaires	
Chômage		Les Courses	
Aide d'État / Fédérale		Essence	
Contributions d'Autrui		Frais Médicaux	
Revenus du Contrat Foncier		Pension Alimentaire/Pension Alimentaire pour enfants	
Indemnisation des Travailleurs		Autre (veuillez préciser)	
Attributions pour les Familles des Militaires		Autre (veuillez préciser)	
Autre (veuillez préciser)		Autre (veuillez préciser)	

**EMPRUNTS ET CARTES DE CRÉDIT**

Créancier	Solde dû	Paiement Mensuel

Total des Revenus	Total des Dépenses

Veuillez joindre tout autre détail concernant vos Revenus et Dépenses qui pourraient être pertinent pour votre demande.

J'affirme par la présente que les informations ci-dessus sont à ma connaissance correctes. J'autorise McLaren Health Care Corporation (MHCC) et ses filiales à vérifier l'exhaustivité et l'exactitude de toute information. J'autorise en outre la divulgation de ces informations à MHCC et à ses sociétés affiliées. Je comprends qu'en tant qu'organisme de bienfaisance, MHCC peut me fournir des soins à prix réduit ou gratuits. Je comprends également qu'un rapport de solvabilité personnel peut être obtenu au cours du processus décisionnel.

\_\_\_\_\_  
Signature du Patient ou de la Partie Responsable

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du Conjoint

\_\_\_\_\_  
Date

Les approbations sont valables douze mois, date à laquelle des informations mises à jour seront requises pour tout service futur. Des arrangements de paiement convenables doivent être pris pour tout solde restant et peuvent être réévalués à la discrétion du MHCC.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE AUTORISEE

\_\_\_\_\_  
DATE

DECISION :

--