

**Conseil Financier de MaineHealth**

Demande de la Gratuité de Soins ou d'un Plan de Paiement Echelonné

Je postule pour : Gratuité de Soins  Plan de Paiement Echelonné  Les deux **Informations sur le postulant**

Nom	Date de Naissance	Numéro de Sécurité Sociale (quatre derniers chiffres)
Adresse	Ville / État / Code Postal	Téléphone
État Civil	Employeur (liste complète pour les 3 derniers mois)	Date de Début et Salaire
Assurance (si aucune, indiquez N/A)	N ° de contrat de l'Assurance (le cas échéant)	Date d'Entrée en Vigueur

**Renseignements sur le Conjoint / Co-postulant (Mariés ou Partenaires Familiaux Officiellement Reconnus Seulement)**

Nom	Date de Naissance	Numéro de Sécurité Sociale (quatre derniers chiffres)
Téléphone	Employeur (liste complète pour les 3 derniers mois)	Date de Début et Salaire

*Dans le cas où le postulant est marié mais séparé du conjoint, une copie de la demande de séparation légale ou de divorce est requise.*

**Personnes à Charge (Tous les Postulants Agés de moins de 18 ans et Résidant Actuellement avec le Postulant)**

Nom	Date de Naissance	Relation avec le Postulant	N ° d'identification de MaineCare

Veuillez tourner au verso du formulaire.

**Revenu du ménage pour les 3 derniers mois**

*Le postulant et son ménage doivent fournir la déclaration de revenus fédérale complète de l'année précédente, ou déclaration notariée ne réclamant aucun revenu.*

<b>Si le Ménage Reçoit :</b>	<b>Montant Mensuel :</b>	<b>Le Postulant doit fournir :</b>
Emoluments / salaires de(s) l'employeur(s)	\$	Les bulletins de paie de 13 dernières semaines ou de 12 derniers mois ou le rapport détaillé sur la paye de chaque emploi indiquant le revenu brut ET la déclaration de revenus fédérale complète de l'année précédente.
Indépendant / Revenus de location	\$	L'état des profits et pertes de 3 derniers mois ou de 12 derniers mois ET la déclaration de revenus fédérale complète de l'année précédente.
Pension de Chômage, Invalidité de Courte Durée (STD), Invalidité de Longue Durée (LTD) ou Indemnisation des Travailleurs	\$	Les réclamations hebdomadaires indiquant le revenu brut de 13 dernières semaines ou de 12 derniers mois OU les détails de paie de l'employeur démontrant le paiement d'une invalidité.
Sécurité sociale ou Pension d'Invalidité (SSDI)	\$	La lettre des avantages pour l'année en cours. Pour faire la demande d'une copie de votre lettre des avantages, appelez le 1-877-405-1448 ou visitez <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> . Le Formulaire 1099 n'est pas acceptable
Avantages ou Pension de Retraite	\$	La lettre ou la déclaration des avantages (401K, IRA, etc.) indiquant le montant brut octroyé. Le Formulaire 1099 n'est pas acceptable.
Assistance Générale	\$	La lettre des avantages de l'Assistance Générale du mois courant.
Aucun revenu pour les 3 derniers mois	\$	La déclaration notariée expliquant l'assistance que vous recevez, signé par la personne qui fournit l'assistance. Si vous vivez des économies, vous devrez également fournir 3 mois de relevés bancaires.
Pension alimentaire pour ex-conjoint / pension alimentaire pour enfants	\$	La copie de la décision du tribunal OU les chèques / reçus encaissés de 3 mois.
Dividendes / Intérêts	\$	Les déclarations trimestrielles de dividendes OU les relevés bancaires de 3 mois.
Autres	\$	Gains de loterie

**Autres documents requis**

Dans le cas où un postulant à la gratuité de soins est :

- Agé de moins de 21 ans ou plus de 65 ans.
- Aveugle ou invalide (ou condition empêchant l'emploi au cours de la dernière année).
- Actuellement enceinte ou postulant pour des personnes à charge.

Le postulant peut être invité à solliciter l'Assurance-Maladie - MaineCare au bureau local du Ministère de la Santé et des Services Sociaux ("*Department of Health and Human Services*"). Pour faire la demande, appelez le **1-800-442-6003** ou visitez <https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>

**Remarque : Si vous avez récemment postulé pour l'Assurance - Maladie-Mainecare, veuillez envoyer une copie de la lettre de qualification avec ce formulaire de demande. Les hospitalisations nécessitent une qualification de l'Assurance-Maladie - MaineCare.**

Plan de Paiement Echelonné

Paiement Mensuel sollicité \_\_\_\_\_ \$

***Pour justifier un plan de paiement échelonné, veuillez inclure les informations suivantes relatives aux dépenses du ménage***

Dépenses :	Payment Mensuel:	Dépenses :	Payment Mensuel:
Logement (hypothèque / loyer)	\$	Prêt personnel / Maison	\$
Impôts Fonciers	\$	Garde d'enfants	\$
Assurance propriétaire / locataire	\$	401K/403B	\$
<b>Utilitaires :</b>	-	Prêt automobile	\$
Téléphone fixe / cellulaire	\$	Assurance automobile	\$
Électricité	\$	Essence pour véhicule	\$
Eau / Égout	\$	Nourriture	\$
Abonnement Télévision (Cable / Satellite)	\$	Dépenses pour les animaux de compagnie	\$
Internet	\$	Factures des Medicaments	\$
Gas/Pétrole (Chauffage)	\$	Cartes de Credit	\$

Envoyer le formulaire de demande et les documents dûment remplis au :	<b>Services Financiers des Patients de MaineHealth ("MaineHealth Patient Financial Services") : A l'attention de :</b> <b>Financial Counselling</b> 301 Route 1, Suite C Scarborough, ME 04074-9701	<b>Fax: (207) 661-8042</b>
---	--	----------------------------

***N'oubliez pas d'inclure une copie de vos documents de preuve de revenu.***

*J'affirme que les informations données, y compris le revenu, sont vraies et correctes au meilleur de ma connaissance. Je comprends que les informations que je sou mets concernant mon revenu annuel et la taille de ma famille sont sujettes à vérification par MaineHealth. Je comprends également que si l'une des informations que je sou mets est jugée comme fausse, un telle jugement entraînera un refus de fourniture des services comme la Gratuité de Soins, et que je serai responsable des frais pour les services fournis.*

**Signature du postulant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature du co-postulant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_**  
**(ou du représentant du patient)**

***Pour toute question concernant cette demande, veuillez contacter notre service clientèle au (207) 887-5100 ou par appel gratuit au (866) 804-2499.***