



## LISTE DE CONTRÔLE DES DOCUMENTS REQUIS

Veillez fournir des copies de tous les documents applicables pour le demandeur et le conjoint/partenaire à la fois

- 2 derniers bulletins de paye mensuels consécutifs pour toutes les personnes à charge de plus de 18 ans.
  - Déclaration d'impôts complète de l'année dernière ou des dernières années.
  - Avis d'octroi d'allocation chômage.
  - Lettre(s) d'octroi de revenus de la sécurité sociale.
    - Journal des revenus de l'activité indépendante de 2 mois et relevés détaillés des comptes bancaires de l'entreprise. *NJH se réserve le droit d'examiner les frais de subsistance mensuels lors du calcul des revenus d'activités indépendantes.*
  - Relevés de comptes bancaires détaillés des comptes courants et d'épargne.
  - Les certificats de naissance pour tous les membres de la famille, en particulier la preuve de résidence légale / nationalité pour les certificats de naissance non américains.
  - Preuve de mariage/décret de divorce.
  - Reçus réglés des frais médicaux/dentaires pour les 12 mois précédant la date de la demande.
  - Contrat/relevé des plans de paiement de frais médicaux.
  - Le refus de couverture de Medicaid si l'on en dispose est obligatoire le cas échéant.
  - Documentation de la valeur des propriétés supplémentaires.
  - Documentation des actifs/ressources liquides (SICAV monétaire, certificat de dépôt, compte d'épargne retraite, comptes d'investissement, etc.)
- Nous ne pouvons pas garantir que vous répondrez aux conditions requises pour bénéficier d'une assistance financière, même si vous en faites la demande.
  - Une fois que vous nous aurez envoyé votre demande, nous pourrons vérifier toutes les informations et demander des informations supplémentaires.
  - Dans un délai de 15 à 20 jours calendaires après la réception de votre demande renseignée, avec toute la documentation requise, nous vous informerons si vous pouvez bénéficier d'une assistance.
  - La non réception de documentation demandée dans un délai de 30 jours à compter de la demande résultera en un refus automatique dont la partie responsable sera informée par courrier.
  - Les demandeurs disposent de jusqu'à 240 jours à compter du premier relevé de facturation pour demander le réexamen d'une demande incomplète. Toute la documentation requise devra être représentée avec les informations les plus récentes et les plus actualisées.
  - Tous les demandeurs devront faire une demande d'assistance auprès de toute entité étatique, fédérale, ou locale s'ils remplissent les conditions correspondantes, pour contribuer au règlement de toutes les notes d'hôpital/médicales.

**Accord du demandeur :** Je certifie que les informations contenues dans cette demande sont véridiques et correctes à ma connaissance. Je comprends que les informations figurant dans la demande peuvent être vérifiées par National Jewish Health et j'autorise National Jewish Health à contacter des tiers pour vérifier l'exactitude des informations, y compris l'examen de l'historique des rapports de crédit d'un demandeur, aux fins du traitement de la demande. Je comprends que si je donne sciemment des informations fausses dans cette demande, je ne pourrai pas bénéficier de l'assistance financière, toute assistance financière accordée est susceptible d'être annulée et que je serai responsable du paiement de la totalité des factures. Je comprends que National Jewish Health a un droit de recouvrement. Cela signifie que s'il est déterminé que je peux prétendre à des prestations payables, pour tout traitement dispensé pendant que je suis en droit de bénéficier d'une assistance financière de National Jewish Health, National Jewish Health est en droit d'être partie au processus de demande d'indemnisation.

---

Signature du demandeur

---

Date

# PROGRAMME D'ASSISTANCE FINANCIÈRE DE NATIONAL JEWISH HEALTH

## ÉVALUATION FINALE

### *Réservé à l'administration :*

<b>Ressources totales</b>	<b>\$</b>
<b>Déduction familiales (2500,00 \$ par membre éligible)</b>	<b>\$</b>
<b>Ressources</b>	<b>\$</b>
<b>Situation financière totale de la famille</b>	<b>\$</b>
<b>Déductions permissibles</b>	<b>\$</b>
<b>Situation financière nette de la famille</b>	<b>\$</b>
<b>Grand Total</b>	<b>\$</b>

Taux de capacité de paiement \_\_\_\_\_

Plafond du ticket modérateur du client \_\_\_\_\_

En vigueur du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer National Jewish Health de tout changement à mes revenus ou à mon ménage susceptible d'influencer l'évaluation de cette demande et que tout manquement à cet égard annulera cette demande.

Je comprends que je dispose de 15 jours pour faire appel de cette évaluation.

\_\_\_\_\_  
Nom du demandeur en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du technicien auteur de l'évaluation en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Nom du technicien auteur de l'évaluation et date \_\_\_\_\_

**PROGRAMME D'ASSISTANCE FINANCIÈRE DE NATIONAL JEWISH HEALTH**

**Tableau 1 : Revenus de l'emploi et autres que ceux du travail**

*(Réservé à l'administration)*

SOURCE DES REVENUS	MONTANT
Revenus de l'emploi	\$
Prestations vieillesse (OAP)/Assistance aux invalides dans le besoin (AND)	\$
SSI (Revenu de sécurité supplémentaire)	\$
Produits d'investissement et de retraite/régimes de pension Source : _____ Source : _____ Source : _____ Source : _____	\$
Commissions, primes, dons et pourboires	\$
Pension alimentaire reçue	\$
Revenus nets de locations	\$
Gains monétaires	\$
Fonds de fiducie	\$
Règlements	\$
Autres revenus : (indemnisation des travailleurs, invalidité à court/long terme, chômage, etc.) Source : _____ Source : _____ Source : _____ Source : _____	\$
<b>TOTAL</b>	\$
<b>TOTAL (montant mensuel) _____ \$ x 12 = Revenus annuels</b>	\$

RESSOURCES/ACTIFS LIQUIDES	MONTANT
Comptes d'investissement : valeur totale <i>(certificat de dépôt, investissements, SICAV monétaire, Plans d'assurance vie permanente, compte d'épargne retraite, etc.)</i>	\$
Comptes courants/épargne	\$
Valeurs des propriétés/capital acquis	\$
Autre :	\$
<b>TOTAL</b>	\$
<b>TOTAL (montant mensuel) _____ \$ x 12 = Revenus annuels</b>	\$

\_\_\_\_\_  
Nom du conseiller financier  
en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller financier

\_\_\_\_\_  
Date

# PROGRAMME D'ASSISTANCE FINANCIÈRE DE NATIONAL JEWISH HEALTH

**Tableau 2 : revenus nets d'activités indépendantes**  
(Réservé à l'administration)

**APPELATION D'EMPLOI/TYPE D'ACTIVITÉ :** \_\_\_\_\_

<b>REVENUS</b>	<b>ANNUEL</b>
Recettes brutes de l'entreprise	\$

<b>CHARGES</b>	<b>MENSUELLES</b>
Assurance entreprise	\$
Main d'œuvre/Salaires	\$
Marchandises/Coût des stocks prix de gros	\$
Loyer de l'espace commercial	\$
Intérêts sur l'hypothèque de l'entreprise	\$
Impôts sur les sociétés et les bénéfices	\$
Maintenance et entretien du matériel	\$
Services publics	
Electricité _____ \$	
Téléphone/Données _____ \$	
Chauffage _____ \$	\$
Équipement	\$
Fournitures	\$
Services professionnels	\$
Frais de formation, de licence et de certification	\$
Déplacements professionnels	\$
Autres :	
<b>FRAIS TOTAUX :</b>	<b>\$</b>
<b>BÉNÉFICES NETS TOTAUX ( _____ \$ x 12 = Total annuel)</b>	<b>\$</b>

\_\_\_\_\_  
Nom du conseiller financier  
en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller financier

\_\_\_\_\_  
Date

# PROGRAMME D'ASSISTANCE FINANCIÈRE DE NATIONAL JEWISH HEALTH

**Tableau 3 : Déductions permissibles**  
*(Réservé à l'administration)*

<b>DÉDUCTIONS</b>	<b>MENSUELLES</b>
Garde d'enfant/école maternelle	\$
Pension alimentaire ou autre ordonnée par le tribunal	\$
Pensions pour les enfants ordonnée par le tribunal	\$
Primes d'assurance	\$
Soins aux personnes âgés	\$
<b>Frais médicaux payés</b>	
Prestataire : _____ Date versée : _____ Montant : _____ \$	
Prestataire : _____ Date versée : _____ Montant : _____ \$	
Prestataire : _____ Date versée : _____ Montant : _____ \$	
Prestataire : _____ Date versée : _____ Montant : _____ \$	
	\$
Plan de paiement mensuel documenté : (Solde total impayé)	\$
Prescriptions mensuelles	\$
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>\$</b>

\_\_\_\_\_  
 Nom du conseiller financier  
 en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
 Signature du conseiller financier

\_\_\_\_\_  
 Date