



# Brattleboro Retreat

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE ET INSTRUCTIONS

Veillez imprimer et remplir toutes les sections de la demande qui s'appliquent à vous.  
Lisez toutes les instructions avant de remplir la demande.

Cette demande dûment remplie est requise pour évaluer et valider votre admissibilité au programme d'aide financière de Brattleboro Retreat.

Le programme d'aide financière de Brattleboro Retreat est disponible pour :

- (1) les soins médicaux nécessaires à court terme

Le programme d'aide financière de Brattleboro Retreat n'est pas destiné à fournir une aide à long terme.

On demande aux patients de se renseigner et de faire une demande pour les programmes d'aide gouvernementale disponibles, tels que Green Mountain Care ou Vermont Health Connect, avant de postuler pour le programme d'aide financière de Brattleboro Retreat. **Le fait de ne pas faire de demande pour un programme d'aide gouvernementale à laquelle vous pourriez être admissible pourrait entraîner un retard ou un refus de votre demande.** Notre conseiller financier peut vous aider si vous avez besoin d'aide pour postuler à des programmes d'aide gouvernementale.

Si vous avez des questions concernant cette demande ou si vous avez besoin d'aide pour la remplir, veuillez communiquer avec les services financiers pour les patients au (802) 258-6745.



# Brattleboro Retreat

## Liste de contrôle de la demande

- Remplissez toutes les sections applicables de la demande. Indiquez s.o. si une section ne s'applique pas à vous.
- Joignez une copie de votre permis de conduire, d'autres pièces d'identité avec photo ou des documents qui permettent de vérifier votre adresse actuelle. Tous les documents soumis doivent comporter votre nom (Section 1).
- Joignez toutes les formes de vérification du revenu (Section 3 et Section 4) :
  - Joignez une copie de votre plus récente déclaration de revenus IRS 1040, du formulaire 1099 et du formulaire W2
  - 3 mois de relevés de comptes chèques et d'épargne courants
  - Chômage
  - Sécurité sociale
  - Avantages pour les anciens combattants
  - Rentes et pensions
  - Pension alimentaire pour enfants et pension alimentaire
  - Revenus de location
  - Indemnisation des travailleurs
  - Dividendes et revenus d'intérêts
  - Autres
- Confirmer que la demande est signée et datée par le demandeur et le co-demandeur, s'il y a lieu. (Section 5)
- Retournez la demande dûment remplie directement au Brattleboro Retreat Patient Financial Counselor OU par la poste à l'adresse suivante :

Brattleboro Retreat  
Patient Financial Services  
1 Anna Marsh Lane  
Brattleboro, VT 05302

**Pour assurer un examen et un traitement rapides de votre demande,  
veuillez remplir toutes les sections et n'oubliez pas de signer et de dater.  
Les demandes incomplètes retardent le traitement.**

## 1. INFORMATIONS DE BASE

S'il vous plaît remplissez cette section à propos du demandeur. Le demandeur est soit le patient soit la personne qui est financièrement responsable du patient.

**DOCUMENTS REQUIS :** veuillez joindre les documents qui permettent de vérifier l'adresse : permis de conduire, d'autres pièces d'identité avec photo ou documents qui prouvent votre résidence actuelle. Tous les documents soumis doivent comporter votre nom.

<b>Nom de famille du demandeur</b>	<b>Prénom du demandeur</b>	<b>Deuxième</b>
<b>Date de naissance (jj/mm/aaaa) :</b> ____/____/____	<b>Numéro de sécurité sociale</b> Les quatre derniers chiffres seulement ***-**-_____	
<b>Numéros de téléphone</b> Domicile : (     ) _____ Travail : (     ) _____ Cellulaire : (     ) _____ Meilleur numéro de contact : (     ) _____ Adresse courriel : _____	<b>Adresse postale :</b> Rue : _____ Ville : _____ Province : ____ Code postal : ____ <b>Adresse physique :</b> Rue : _____ Ville : _____ Province : ____ Code postal : ____	
<b>Nom du patient</b> ( <i>s'il est différent du demandeur</i> )		
<b>Date de naissance du patient (jj/mm/aaaa)</b> ( <i>s'il est différent du demandeur</i> )	<b>Numéro de compte du patient (MRN)</b>	

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

S'il y a lieu, veuillez énumérer le conjoint et les enfants de moins de 19 ans du demandeur qui vivent avec celui-ci. Si le demandeur ne vit pas avec un conjoint ou des enfants, marquez cette section avec S.O. (sans objet)

<b>Nom du membre de la famille</b>	<b>Relation</b>	<b>Date de naissance</b>

### 3. REVENU TIRÉ D'UN EMPLOI

Veillez remplir cette section sur le revenu du demandeur et chaque membre du ménage énuméré à la Section 2 qui reçoit un revenu d'emploi. Veuillez mentionner le revenu brut, c'est-à-dire le revenu avant impôt et déductions. Indiquez s.o. (sans objet) dans cette section si le demandeur et les membres de son ménage n'ont aucun revenu d'emploi.

**DOCUMENTATION REQUISE :** veuillez joindre les documents qui permettent de vérifier ce revenu : talons de chèque de paie, impôts sur le revenu, formulaires W2, formulaires 1099, relevés bancaires ou autres preuves. Voir la page 2 pour la liste complète.

Nom du membre de la famille qui travaille	Nom et adresse de l'employeur	Montant du revenu brut	À quelle fréquence (cochez un)
			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année
			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année
			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année
			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année

### 4. AUTRES REVENUS

Veillez remplir cette section sur les autres revenus du demandeur et chaque membre du ménage énuméré à la Section 2 qui reçoit d'autres revenus. Les autres revenus représentent l'argent que vous recevez et qui ne provient pas d'un employeur. Veuillez mentionner le revenu brut, c'est-à-dire le revenu avant impôt et déductions. Indiquez s.o. (sans objet) dans cette section si le demandeur et les membres de son ménage n'ont aucun autre revenu.

**DOCUMENTS REQUIS :** veuillez joindre les documents qui permettent de vérifier ce revenu : talons de chèque de paie, impôts sur le revenu, formulaires W2, relevés bancaires ou autres preuves. Voir la page 2 pour la liste complète.

Type de revenu	Membre(s) de la famille recevant un revenu	Montant brut reçu	À quelle fréquence
Chômage			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année
Sécurité sociale			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année
Avantages pour les anciens combattants			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année
Rentes et pensions			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année
Pension alimentaire pour enfants et pension alimentaire			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année
Revenus de location			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année
Dividendes et revenus d'intérêts			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année
Autres : Spécifiez : _____			<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Chaque année

## 5. AUTORISATION

**Veillez lire attentivement cette section, puis la signer et dater.**

Tous les renseignements dans cette demande sont vrais au meilleur de ma la connaissance. J'accepte de fournir des les documents sur demande. **Je comprends que ces renseignements confidentiels ne peuvent être divulgués à une quelconque partie à l'extérieur de Brattleboro Retreat sans mon approbation préalable.**

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

\_\_\_\_\_  
Date

*Si vous signez au nom du demandeur : tous les renseignements contenus dans cette demande sont véridiques au meilleur de ma connaissance.*

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant autorisé

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant autorisé

\_\_\_\_\_  
Lien avec le demandeur

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone de la personne-ressource

**Avant de soumettre votre demande, assurez-vous d'avoir rempli toutes les sections de cette demande et d'avoir inclus tous les documents requis énumérés sur la liste de contrôle de la demande (page 2) qui s'appliquent à votre situation.**  
**Les demandes incomplètes entraîneront des retards dans le traitement et risqueront d'être refusées.**