

FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES
(Basé sur le revenu BRUT annuel du ménage et les personnes à charge)

Nom du patient : _____ **Date de naissance :** _____
Nom : _____ **Prénom :** _____

Conjoint(e) ou partenaire : _____
Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse du patient : _____
Adresse postale

_____ **Ville** _____ **Province** _____ **Code postal**

Revenu du Ménage annuel	\$	Nombre de membres du ménage (patient, épouse/partenaire et personnes à charge du patient)	Adultes : Mineurs :
Revenu BRUT			

Régime d'Assurance : _____

Franchise /Quote-part /Coassurance du patient : _____

Est-ce que la thérapie est due à WC, MVA ou réclamation de responsabilité ? Oui Non

Si oui, avez-vous un avocat ? Oui Non

Nom de l'avocat : _____ Téléphone : _____

LA DOCUMENTATION SUR LE REVENU DOIT ÊTRE FOURNIE AVEC LA DEMANDE POUR PRENDRE UNE DÉCISION. LES DOCUMENTS DE REVENU EXIGÉS SONT LA PLUS RÉCENTE DÉCLARATION D'IMPÔT FÉDÉRAL ET LA PREUVE DE REVENU POUR TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE À INCLURE, MAIS SANS S'Y LIMITER : 3 TALONS DE PAIE LES PLUS RÉCENTS, RELEVÉ DE SÉCURITÉ SOCIALE, PAIEMENTS D'INVALIDITÉ OU DE RETRAITE, ETC. S'IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE PRODUIRE UNE DÉCLARATION DE REVENUS FÉDÉRALE, LES PATIENTS DE MEDICARE PEUVENT SOUMETTRE UNE COPIE DE LEUR DÉCLARATION DE SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'ANNÉE EN COURS INDIQUANT LE MONTANT MENSUEL BRUT REÇU. DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES PEUVENT ÊTRE DEMANDÉS POUR AIDER À PRENDRE UNE DÉCISION.

Je soussigné certifie que les informations ci-dessus sont véridiques et exactes. Je comprends que si je fournis des informations fausses ou inexactes, je serai exclu de postuler ou de participer au programme de difficultés financières pour une période d'au moins un an, à la discrétion de Select Medical. Je comprends également que le montant de la renonciation peut changer si des informations supplémentaires sont déterminées pour affecter les difficultés financières.

Signature du Parent /Tuteur _____ Nom en majuscules _____ Date

Signature du témoin _____ Nom en majuscules _____ Date

Montant de la dérogation en cas de difficultés financières (à remplir par CBO) _____ %

Signature d'approbation du superviseur des services
à la clientèle de CBO

Nom en majuscules

Date

Signature du Responsable r des services à la
clientèle de CBO

Nom en majuscules

Date

Centre

Numéro de compte du patient

Base de données