Patient Financial Services
3281 Ridgeway Dr., Suite 300
Coralville, IA 52241
866.393.4605 Tél
319.356.2862 Télécopieur
www.uihc.org/billpay

Nous sommes heureux que vous ayez choisi University of Iowa Health Care. Merci d'avoir posé des questions sur notre programme d'aide financière pour les résidents de l'Iowa.

Veuillez inclure des copies de tous les éléments suivants (le cas échéant) :

- ☐ Votre formulaire de demande signé avec toutes les informations remplies complètement
- ☐ Votre lettre de réponse Medicaid et pour le programme Medically Needy si refusée pour Medicaid
- ☐ Les 3 dernières fiches de paie pour vous-même et pour votre conjoint si vous en avez un, et pour un deuxième parent si le patient est mineur
- ☐ Copies des lettres d'attribution des prestations (pension, chômage, invalidité ou revenu de sécurité sociale)
- ☐ Inclure une preuve de revenu pour toutes les sources de revenu que vous avez énumérées dans la demande
- ☐ Vos 2 relevés bancaires les plus récents
- ☐ Joignez une copie de la dernière déclaration de revenus produite (y compris toutes les annexes) ou remplissez la **ligne B à la section 3** du formulaire
- ☐ Inclure une copie d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement, d'un permis de conduire valide de l'Iowa ou d'une carte de résidence permanente

Veuillez noter :

- Vos documents seront utilisés uniquement dans le but de déterminer l'admissibilité à l'aide financière.
- Des documents manquants ou des renseignements incomplets entraîneront un retard dans le traitement de votre demande.
- Veuillez soumettre des copies de tous les documents à l'appui, conserver les copies originales pour vos dossiers.
- Veuillez continuer à effectuer des paiements sur votre facture
- Nous vous enverrons une lettre vous informant du résultat

Si vous avez des questions, veuillez composer le 866-393-4605.

Demander une aide financière via MyChart

Ou Postez, envoyez par courriel ou par télécopieur le formulaire complet et les autres documents à l'adresse suivante:

University of Iowa Health Care
PFS – Financial Aid
3281 Ridgeway Dr. Suite 300
Coralville, IA 52241

Courriel : **pfs-patientbilling@uiowa.edu** Télécopieur : 319-356-2862

IOWA HEALTH CARE

Demande de soutien financier
Utilisation exclusif pour de UI Health Care:
Numéro de compte_____

Section 1 : Renseignements sur les patients et les répondants

Nom du patient : _____ Date de Naissance ____/____/_____ État civil_____

Nom du répondant (si le patient est mineur) _____ Numéro de Téléphone _____

Adresse _____ Ville:_____ État:_____ Code Postal:_____

Nom(s) du **conjoint** et des personnes à charge supplémentaires (Utilisez le dos de l'application si vous avez besoin de plus d'espace)	Date de naissance	Relation avec le patient

Section 2 : Renseignements sur l'employeur et l'assurance

Nom de votre/vos employeur(s) : _____

Nom(s) de votre compagnie d'assurance : _____

Section 3 : Renseignements sur le revenu

Revenu Source chaque mois	Montant du revenu mensuel brut	Montant de revenu mensuel brut pour le conjoint ou le deuxième parent	**Veuillez inclure la copie la plus récente des éléments ci-dessous**
Salaires ☐ Travailleur autonome ☐	$	$	Les trois derniers talons de chèque de paie Déclaration de revenus avec annexes
Sécurité sociale ☐	$	$	Sécurité sociale unquartier
De pension/invalidite ☐ Revenus locatifs ☐	$	$	Lettre de pension/invalidité Déclaration de revenus avec annexes
Chômage ☐ d'indemnisation des accidents du travail ☐	$	$	Lettre de chômage Lettre d'indemnisation des accidents du travail

Ligne A : Si vous avez un revenu de 0,00 $, veuillez indiquer votre dernière date d'emploi et nous dire comment vous répondez à vos besoins de base :

_____

Ligne B : Si vous n'avez pas produit de déclaration de revenus ou si vous n'avez pas de relevés bancaires, veuillez nous dire pourquoi :

_____

Ligne C : Avez-vous des actifs supérieurs à 25 000 $, sans compter votre résidence principale et un véhicule? O/N

- Si vous avez répondu Oui, veuillez énumérer ces actifs et leur valeur estimée ci-dessous :

_____

En signant ce formulaire, j'accepte que :

- Les informations contenues dans ce formulaire sont correctes. Il est illégal de donner de fausses informations
- UI Health Care peut confirmer les renseignements contenus dans ce formulaire ou obtenir un rapport de solvabilité.
- Je suis un résident actuel de l'État de l'Iowa

Patient/Garant _____ **Date** _____

****Votre demande ne sera pas acceptée s'il y a des renseignements incomplets ou manquants****