



## Assistance financière

Sanford Health s'engage à fournir des soins de santé de qualité à ses patients. Nous sommes conscients que le paiement de ces services peut représenter une difficulté financière pour vous en ce moment. C'est pourquoi nous vous offrons la possibilité de demander une assistance financière à notre système de santé.

Vous trouverez ci-joint un formulaire de demande d'assistance financière qui décrit votre situation financière. Vous devez remplir ce document dans son intégralité pour pouvoir bénéficier de notre programme d'assistance financière. Si votre situation financière répond aux critères définis par Sanford Health, une partie ou la totalité du solde de votre compte pourrait être annulée.

**En plus de la demande dûment remplie, veuillez fournir les documents pertinents ci-dessous :**

- **Copie de votre dernière déclaration d'impôts fédérale 1040, y compris toutes les annexes applicables OU Preuve de non-déclaration d'impôts fournie par l'IRS (appelez le (800) 908-9946 pour obtenir une copie)**
- **Copie des deux derniers bulletins de salaire de tout salarié contribuant aux revenus du ménage**
- **Lettre indiquant les prestations de sécurité sociale ou le formulaire 1099 le plus récent si vous bénéficiez de la sécurité sociale (si vous en bénéficiez et que vous avez d'autres revenus, veuillez fournir une preuve des revenus supplémentaires)**
- **Relevé bancaire ou d'investissement indiquant les données de la transaction et le solde actuel du compte**

Nous sommes conscients du fait que vos revenus figurant dans les déclarations fiscales antérieures peuvent ne pas refléter correctement votre situation actuelle. Si tel est le cas, veuillez joindre une brève note décrivant votre situation financière actuelle ainsi que tout changement pertinent.

Une fois que nous aurons examiné votre demande, nous vous informerons de notre décision par écrit dans les 30 jours suivant sa réception. Si votre situation financière a changé depuis que vous avez déposé votre demande initiale, vous pouvez introduire un recours dans un délai de 30 jours à compter de la date figurant sur votre lettre de décision. Si vous souhaitez discuter de votre compte, si vous avez des questions ou si vous souhaitez faire appel, veuillez contacter les Services financiers aux patients de Sanford au (877) 629-2999. Nos heures d'ouverture sont du lundi au jeudi de 7 h à 18 h et le vendredi de 7 h à 17 h.

Aux résidents du Minnesota bénéficiant de services dans les établissements Sanford Health situés dans le Minnesota : si vous estimez que vos préoccupations n'ont pas été prises en compte, veuillez d'abord contacter les Services financiers aux patients de Sanford au (877) 629-2999 et nous donner l'occasion d'essayer de répondre à vos préoccupations. Si vous continuez à avoir des préoccupations qui n'ont pas été prises en compte, vous pouvez contacter le bureau du procureur général du Minnesota au (651) 296-3353 ou au (800) 657-3787.

Veuillez répondre à cette demande d'information dans un délai de 30 jours et la renvoyer à notre bureau par **FAX SÉCURISÉ** au (800) 544-5967 ou par **COURRIER** à : Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482. Si vous ne renvoyez pas la demande d'assistance financière dans les 30 jours, nous estimerons que vous refusez de participer au programme d'assistance financière de Sanford

Cordialement,

Sanford Health

## Demande d'assistance financière

**Données démographiques :**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de l'époux(-se) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

État civil (veuillez cocher la case correspondante) : Célibataire \_\_\_ Marié(e) \_\_\_ Divorcé(e) \_\_\_ Veuf(-ve) \_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone portable (Époux(-se)) : \_\_\_\_\_

N° téléphone à domicile : \_\_\_\_\_

**Veuillez indiquer toutes les personnes à charge de moins de 18 ans vivant dans votre ménage.**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Informations sur l'assurance (Veuillez cocher la case correspondante):** Assuré(e) \_\_\_ Pas assuré(e) \_\_\_

Coût partagé \_\_\_\_\_

Si vous avez un emploi, depuis combien de temps travaillez-vous pour le même employeur ? \_\_\_\_\_

Quel montant de votre facture Sanford payez-vous ou pouvez-vous payer par mois ? \_\_\_\_\_

**Revenu**

Le mien	Revenu brut mensuel	Époux(-se)
\$	Revenu brut/Chômage/Indemnité de travail	\$
\$	Sécurité sociale/SSI/SSDI	\$
\$	Travail indépendant/Revenu locatif/Droits d'auteur/Immobilier/Trusts	\$
\$	Retraite/Pension/Annuités/Avantages d'anciens combattants	\$
\$	Pension alimentaire pour enfants ou pour conjoint/Aide publique	\$
\$	Divers/Autre revenu : _____	\$
\$	<b>Revenu total (Fournir une preuve de tous les revenus)</b>	\$

**Actifs**

Type de compte	Établissement financier	Montant/Valeur
Compte-chèques		
Compte épargne		
Compte de marché monétaire		

Toute autre information que vous souhaiteriez que nous prenions en considération :

---



---



---



---



---



---



---



---

Veuillez joindre une feuille supplémentaire si nécessaire.

J'atteste que j'ai joint les documents requis suivants à ma demande dûment remplie :

- Déclaration d'impôts (formulaire Federal 1040) ou preuve de non-déclaration
- 2 fiches de paie pour chaque salarié(e)
- Lettre indiquant les prestations de sécurité sociale (le cas échéant)
- Relevés bancaires ou d'investissement

**Cession des droits (à lire attentivement)**

En signant ci-dessous, je certifie que les informations contenues dans la présente demande, y compris les documents à l'appui, sont à ma connaissance véridiques et exactes. Je comprends que ces informations restent confidentielles et qu'il peut m'être demandé de fournir des informations supplémentaires. Je comprends que ma demande d'assistance financière ne pourra être examinée que si toutes les informations demandées sont fournies. Sanford Health n'a fait aucune déclaration indiquant que l'assistance financière est garantie.

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Époux(-se) (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_