

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