



**Veillez remplir, signer et remettre cette candidature accompagnée des documents suivants :**

• **Revenus (dont tous les documents suivants que vous recevez actuellement) :**

Une copie de vos 2 derniers bulletins de paie ou du formulaire W-2 de l'exercice fiscal le plus récent pour tous les candidats ; cela inclut le patient, son époux(se), le garant du patient [parent(s) des enfants de moins de 21 ans] vivant dans le même foyer. Documents de sécurité sociale/sécurité sociale pour personnes handicapées ou tout autre revenu familial supplémentaire.

• **Une copie de votre hypothèque ou d'une quittance de loyer.**

• **Si vous avez demandé une aide médicale, une copie de votre lettre d'admission ou de refus.**

*Si vous êtes dans l'incapacité de fournir un ou plusieurs de ces documents, veuillez remplir le formulaire FAF 116 ci-joint.*

**Informations concernant le patient**

Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :
Numéro de sécurité sociale :	Date de naissance :	

**Garant (partie responsable)** S'il s'agit du patient, veuillez passer directement à la 2<sup>e</sup> partie. Sinon, veuillez remplir tous les champs.

Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :
Numéro de sécurité sociale :	Date de naissance :	Relation avec le patient :

**2<sup>e</sup> partie** (une copie du ou des formulaire(s) W-2 de l'exercice fiscal le plus récent OU des deux derniers bulletins de paie est requise)

Adresse :	Appartement :	
Ville :	État :	Code postal :
Téléphone du domicile : ( )	Téléphone portable : ( )	État civil :
Nom et adresse de l'employeur :		
Revenu mensuel brut : \$	Revenu mensuel net : \$	
Poste/Titre :	Durée de l'emploi actuel :	
Avez-vous un statut de résident légal aux États-Unis ? Oui · Non ·		

**Époux(se)**

Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :
Nom/adresse de l'employeur :	Numéro de téléphone :	
Poste/Titre :	Durée de l'emploi :	
Revenu mensuel brut : \$	Revenu mensuel net : \$	

**Informations concernant le foyer** (Nom et date de naissance de toutes les personnes composant le foyer, sauf le patient et son époux(se))

Nom :	DATE DE NAISSANCE :	Lien de parenté avec le patient :
Nom :	DATE DE NAISSANCE :	Lien de parenté avec le patient :
Nom :	DATE DE NAISSANCE :	Lien de parenté avec le patient :
Nom :	DATE DE NAISSANCE :	Lien de parenté avec le patient :
Nom :	DATE DE NAISSANCE :	Lien de parenté avec le patient :

**Informations supplémentaires concernant le foyer**

Solde du compte courant :	Montant mensuel des allocations chômage :
Solde du compte d'épargne :	Montant mensuel de la sécurité sociale :
Aide publique/coupons alimentaires :	Montant mensuel d'indemnités pour accident du travail :
Montant mensuel de pension alimentaire pour enfant :	Autre :

**Dépenses mensuelles** (Une copie de votre crédit immobilier ou d'une quittance de loyer est requise)

Hypothèque/quittance de loyer :	Câble :
Charges :	Carte Visa :
Téléphone :	Carte Mastercard :
Téléphone portable :	Grande surface :
Paieement de voiture :	Autre :

**Informations concernant l'assurance maladie** (Une copie de votre lettre d'admission ou de rejet à l'aide médicale est requise)

Nom de l'organisme :	Date effective :
Avez-vous demandé une aide médicale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Quand :
Où :	Nom et numéro de téléphone de la personne chargée de votre dossier :
Résultat/motif du refus :	

**Informations concernant le handicap**

Le patient est-il handicapé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Durée du handicap :
Nom du médecin :	Numéro de téléphone du médecin :

**Responsabilité civile d'un tiers (accident de voiture, indemnités pour accident du travail, blessures corporelles ou autre réclamation)**

Blessures/maladie résultant d'un accident de voiture	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date de l'incident :
Blessures/maladie survenue sur le lieu de travail ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date de l'incident :
Blessures/maladie résultant d'un crime ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date de l'incident :
Blessures/maladie ayant donné lieu à une action en justice ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Date de l'incident :

**Les réclamations de responsabilité civile ne sont éligibles à l'aide financière qu'une fois tous les moyens de paiement épuisés. Tout manquement à l'obligation de divulguer les informations concernant toute réclamation de responsabilité civile rendra le patient inéligible à l'aide financière.**

Je déclare avoir examiné cette candidature et que toutes les informations renseignées dans cette dernière ou fournies autrement à l'UMMS et ses utilisations sont, à ma connaissance, exactes, correctes et exhaustives. Je comprends que toute fausse déclaration de ces informations pourrait mettre un terme à toute aide financière que je pourrais recevoir et que tous mes frais médicaux seraient alors à ma charge. En signant et en présentant cette demande, j'autorise l'UMMS et ses établissements à déterminer mes besoins d'assistance et à accéder à mon dossier de crédit. J'autorise également l'UMMS à communiquer ou à divulguer ces informations à University Physicians Inc. afin d'évaluer ma situation financière suite à l'aide de financement de mes frais médicaux. Je comprends que je suis responsable de notifier l'UMMS de tout changement de ma situation concernant mes revenus ou mes actifs, tant que ma candidature est en cours de traitement.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient/garant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'époux(se)

\_\_\_\_\_  
Date

En cas de questions ou pour obtenir de l'aide pour compléter cette candidature, veuillez appeler le Service d'aide financière au : (410) 821-4140, du lundi au vendredi, de 8h00 à 16h30. Veuillez envoyer cette candidature, **accompagnée des documents requis, à : UMMS, 11311 McCormick Rd, Suite 230, Hunt Valley, MD 21031.**