

1. Candidat(e)

Nom de famille _____ (Prénom) _____ (Initiale du deuxième prénom) _____
 Adresse de la rue _____ Ville _____ État _____ Code postal _____
 Téléphone fixe _____ Date de naissance _____ Numéro de sécurité sociale _____
 Célibataire _____ Marié(e) _____ Divorcé(e) _____ Séparé(e) _____ Veuve(veuf) _____

2. Membres du ménage fiscal (Les personnes qui figureront sur votre déclaration de revenus. Veuillez indiquer tous les membres du ménage sur un seul formulaire.)

Nom	Situation avec les impôts	Patient de la CCH ? (Oui/Non)	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				

3. Êtes-vous un(e) élève ou un(e) étudiant(e)? ☐ Oui ☐ Non

(Si la réponse est « Oui », vous devrez fournir une copie de votre demande gratuite d'aide fédérale aux étudiants [FAFSA] pour postuler)

Pouvez-vous être déclaré(e) comme personne à charge sur la déclaration de revenus d'une autre personne? ☐ Oui ☐ Non

(Si oui, vous devrez fournir des justificatifs supplémentaires de revenus)

3a) Êtes-vous sans domicile fixe? ☐ Oui ☐ Non (Si oui, veuillez cocher la case appropriée ci-dessous)

3b) ☐ Jumeler ou vivre avec d'autres personnes ☐ Abri ☐ Rue ☐ Logement de transition

3c) Où et pendant combien de temps allez-vous séjourner? _____

3d) Connaissez-vous les services communautaires destinés aux personnes sans domicile au sein de notre communauté? ☐ Oui ☐ Non

4. Revenu mensuel provenant de:

Salaires bruts	\$ _____	\$ _____
Employé(e) indépendant(e)	\$ _____	\$ _____
Chômeur	\$ _____	\$ _____
Indemnisation des accidents du travail	\$ _____	\$ _____
Handicap	\$ _____	\$ _____
Sécurité sociale	\$ _____	\$ _____
Revenus de retraite/de pension	\$ _____	\$ _____
Intérêts/revenus des placements	\$ _____	\$ _____
Revenus divisés	\$ _____	\$ _____
Pension alimentaire	\$ _____	\$ _____
Revenus locatifs	\$ _____	\$ _____
Prestations VA	\$ _____	\$ _____
Autre: _____		

5. Auto-déclaration des revenus

☐ Auto-déclaration : je déclare avoir travaillé et reçu des paiements en espèces d'un montant de

\$ _____ par _____ ☐ semaine ☐ mois ☐ année

Je n'ai pas de talon de chèque de paie ni aucun autre document pour justifier mes revenus.

☐ Auto-déclaration : je déclare que je n'ai pas d'emploi et que je ne dispose d'aucun revenu. **Si vous choisissez cette option, veuillez expliquer comment vous gérez vos charges de base, notamment le logement, la nourriture et les services publics:**

6. Assurance

- Avez-vous / votre conjoint a-t-il une assurance dentaire? ☐ Oui ☐ Non Compagnie d'assurance: _____
- Avez-vous / votre conjoint a-t-il une assurance maladie? ☐ Oui ☐ Non Compagnie d'assurance: _____
- Si oui, s'agit-il d'une assurance Vermont Health Connect? ☐ Oui ☐ Non
- ☐ Assuré - Fournisseur d'assurance: _____
- ☐ Aucune couverture d'assurance médicale ou dentaire
- ☐ Remplir la demande d'assurance de l'État (Green Mountain Care [GMC])
- ☐ Demande en attente/Appeler GMC avec le patient pour vérifier l'état de la demande

7. Avez-vous un fournisseur de soins médicaux / dentaires?

- ☐ Oui, nom du fournisseur de soins médicaux: _____
- ☐ Oui, nom du fournisseur de soins dentaires : pas de couverture dentaire: _____
- Souhaitez-vous recevoir des informations sur l'un des services communautaires suivants?
- ☐ Soins médicaux/dentaires
- ☐ Conseils ☐ Durée de conservation des aliments ☐ Logement
- Souhaitez-vous que nous vous mettions en contact avec ces services dès aujourd'hui? ☐ Oui ☐ Non

8. Signature

En signant ci-dessous, j'autorise Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHC) à partager ce document et toute pièce jointe avec l'University of Vermont Medical Center (UVMHC) aux fins d'inscription à son programme de tarifs dégressifs. Je reconnais que ce partage d'informations peut réduire les frais à ma charge pour les services commandés au CHC mais effectués à l'UVMHC (par exemple, les analyses de laboratoire). Je sais également que je peux révoquer cette autorisation si le CHC n'a pas encore agi en fonction de celle-ci en écrivant « ne pas partager avec l'UVMHC » à côté de ma signature ci-dessous et que la signature de ce document n'est pas une condition pour recevoir un traitement au CHC ou à l'UVMHC.

À ma connaissance, les informations ci-dessus sont vraies et correctes. Je m'engage à informer le Centre de santé de tout changement concernant mon emploi, ma situation financière ou mon logement. Si les informations ci-dessus s'avèrent incorrectes, je reconnais que la réduction qui m'est accordée sera supprimée. (J'autorise également le personnel du Centre de santé à contacter mon employeur ou toute autre responsable pour vérifier mes revenus).

Les patients sont tenus de fournir des informations exactes concernant leur couverture médicale et leurs informations financières. L'omission intentionnelle ou la falsification de l'identité, des informations financières ou démographiques constitue une fraude et peut entraîner le renvoi du cabinet pour une période pouvant aller jusqu'à un an. En cas de falsification, le patient sera responsable de la totalité du paiement.

Signature du/de la candidat(e)

Date

À L'USAGE EXCLUSIF DES BUREAUX

Initiales de l'autorité _____ Niveau de diapositive _____ Date d'approbation/de refus _____ Date de renouvellement _____

Veuillez renvoyer ce formulaire accompagné de deux des formulaires de vérification des revenus suivants à l'adresse patientsupport@chcb.org:

- 2 bulletins de salaire consécutifs des 30 derniers jours
- Relevés de prestations de sécurité sociale, d'invalidité ou de retraite
- Formulaire W2 ou 1099 de l'IRS
- Formulaire FAFSA (si vous êtes étudiant, vous devrez également fournir ce document)
- Dernière déclaration de revenus (formulaire 1040)

Révisé le 06/11/2025