

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez appeler les conseillers financiers au (214) 456-8640.

Nom complet du garant/tuteur ↓

Beau-père / belle-mère ? Oui Non

Nom	Prénom	M.I.	Numéro de sécurité sociale	
	() -		() -	/ /
Nom de l'employeur	Téléphone professionnel		Téléphone fixe	Date de naissance

Adresse du domicile	Ville	État	Code postal
---------------------	-------	------	-------------

Beau-père / belle-mère ? Oui Non

Nom complet de l'autre garant/tuteur ↓

Nom	Prénom	M.I.	Numéro de sécurité sociale	
	() -		() -	/ /
Nom de l'employeur	Téléphone professionnel		Téléphone fixe	Date de naissance

Adresse du domicile	Ville	État	Code postal
---------------------	-------	------	-------------

Veillez indiquer ci-dessous la liste de tous vos enfants (DANS LE MÉNAGE) :

Nom Nom, prénom	N° de sécurité sociale	Date de naissance	Informations sur l'assurance/l'aide médicale	N° DE DOSSIER MÉDICAL À USAGE PROFESSIONNEL

Salaires/Garantie du salaire n° 1 \$		Véhicule(s)	Année/Modèle	Valeur
Salaires/Garantie du salaire n° 2 \$		#1		\$
Pension alimentaire Payé Reçu \$		#2		\$
Autre (préciser) \$		Domicile (paiement mensuel) \$		
TOTAL \$		Comptes d'épargne \$		
TOTAL GÉNÉRAL \$		Comptes courants \$		
		Actions/obligations en \$ \$		
		Autre (préciser) \$		
		TOTAL GÉNÉRAL \$		

(Exemples de justificatifs des revenus du ménage : formulaire 1040 de la Déclaration d'impôt fédéral, formulaire 1049 du Département des services sociaux, 4 talons de chèques de paie avec les revenus de l'année en cours, lettres ou bordereaux de dépôt de la sécurité sociale, lettre ou talons de chèques d'indemnisation du chômage, lettre de soutien). Pour que votre demande d'aide soit prise en considération, veuillez fournir les documents requis. Dans certaines situations, lorsque les documents ne sont pas disponibles, une attestation verbale du tuteur légal peut remplacer ces documents.

- Carte de sécurité sociale du patient (le cas échéant)
- Acte de naissance ou passeport du patient
- Justificatif de revenus du ménage (voir les exemples ci-dessus)
- Preuve de résidence aux États-Unis (facture actuelle des services publics, du téléphone ou du câble)

Children's Health collabore avec University of Texas Southwestern Medical Center (« UTSW ») pour fournir une aide financière à nos patients qui reçoivent des services professionnels d'UTSW, dans la même mesure où cette aide serait disponible dans le cadre de la Politique d'aide financière de Children's Health.

Signature du garant/tuteur

Date

Signature du conseiller financier :

Demande valide jusqu'au :

***En signant cette demande, je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et exactes et que les documents joints sont exacts et complets à ma connaissance. J'autorise Children's Health à enquêter sur ces informations dans le cadre de cette sélection. S'il s'avère que le candidat a fourni de fausses informations, la demande sera automatiquement rejetée.**