



GUIDING YOU TO BETTER

Hannibal Regional

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

REVENIR À : Système de santé régional Hannibal

Boîte postale 1257

Hannibal, MO 63401

Attention : Services financiers pour les patients

VEUILLEZ FOURNIR LES ÉLÉMENTS SUIVANTS AVEC VOTRE FORMULAIRE REMPLI :

- ✓ Documents de déclaration fiscale 2025
- ✓ Deux (2) relevés bancaires les plus récents
- ✓ Deux (2) fiches de paie les plus récentes

Nom : _____ Âge : _____
Conjoint : _____ Âge : _____
Adresse : _____
Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
Possédez-vous ou louez-vous votre maison ? (Veuillez cocher un : REVENU OWN Années à l'adresse actuelle : _____
Adresse précédente : _____
Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
des personnes à charge : _____

INFORMATIONS SUR L'EMPLOI

Nom de l'employeur : _____
Adresse de l'employeur : _____
Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
Durée d'emploi : _____ Salaire mensuel : \$ _____
Salaire brut : _____ \$ Salaire net : \$ _____
Autres sources de revenus : _____

Employeur du conjoint : _____
Adresse de l'employeur du conjoint : _____
Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
Durée d'emploi : _____ Salaire mensuel : \$ _____
Salaire brut : _____ \$ Salaire net : \$ _____
Autres sources de revenus : _____

ACTIFS

Nom de l'institution bancaire : _____
Solde(s) des comptes chèques/épargne : \$ _____

Nombre de véhicules : _____
Année : _____ Make : _____ Modèle : _____ Détenteur du privilège : _____
Année : _____ Make : _____ Modèle : _____ Détenteur du privilège : _____
Autres : _____

(Continue dans la direction opposée)

ASSETS (suite)

Immobilier (résidence principale) :

Type : _____ Valeur marchande : \$ _____ Solde impayé : \$ _____

Terrain/Immobilier (sauf résidence principale) :

Type : _____ Valeur marchande : \$ _____ Solde impayé : \$ _____

Police d'assurance vie :

Nom de l'entreprise : _____ Face Valeur : \$ _____

RÉFÉRENCES DE CRÉDIT ET DETTES EN COURS

Nom du créancier	Adresse du créancier	\$\$ Montant emprunté	# Paiements en attente	\$\$ Paiement mensuel	\$\$ Solde en cours
		\$		\$	\$
		\$		\$	\$
		\$		\$	\$
		\$		\$	\$
		\$		\$	\$
		\$		\$	\$

Dépenses mensuelles	
Paiements mensuels totaux (listés ci-dessus)	\$
Loyer/Prêt immobilier (non inclus dans la section précédente)	\$
Gastronomie	\$
Services (chauffage, électricité, eau, autres)	\$
Transport (essence, huile, billets de bus, etc.)	\$
Assurance (santé, auto, vie, biens)	\$
Dépenses scolaires	\$
Pension alimentaire	\$
Autres	\$
Dépenses mensuelles totales	\$

Revenu mensuel	
I	\$
Conjoint	\$
Autres	\$
Autres	\$
Autres	\$
Revenu mensuel total	\$

Soustrayez le total des dépenses du total des recettes	\$
---	-----------

Autres informations que vous aimeriez que je garde en tête lors de votre critique :

☐ Nous certifions que toutes les informations fournies ici sont vraies, complètes et exactes.

Sécurité sociale # : _____ - _____ - _____ Signature : _____

Sécurité sociale # : _____ - _____ - _____ Signature : _____