

REVENUS BRUTS DU MÉNAGE MENSUELS	POSTULANT	COPOSTULANT		POSTULANT	COPOSTULANT
TRAITEMENTS ET SALAIRES			MILITAIRE / PENSION		
DIVIDENDES / INTÉRÊTS / REVENUS LOCATIFS			PRESTATIONS DE CHÔMAGE		
INVALIDITÉ À COURT/LONG TERME			PENSION ALIMENTAIRE		
ENTREPRISE / TRAVAIL AUTONOME			AIDE TEMPORAIRE AUX FAMILLES NÉCESSITEUSES (TANF)		
REVENU DE SÉCURITÉ SOCIALE / RETRAITE			RÉMUNÉRATIONS (COACHING, PASTEURS, ETC.)		
SÉCURITÉ SOCIAL D'HANDICAP (SSDI)			LETTRE D'APPUI / AIDE DE FAMILLE ET D'AMIS		
INDEMNISATION D'ACCIDENTS DE TRAVAIL			AUTRES REVENUS :		
			TOTAL :	\$	\$

SIGNATURES:			
PATIENT / POSTULANT	DATE	COPOSTULANT	DATE

Les renseignements recueillis dans la partie inférieure de cette postulation ne seront pas utilisés dans le cadre du processus d'application de SOINS GRATUITS. Ils sont seulement utilisés pour déterminer votre admissibilité à d'autres sources de paiement.

ACTIFS DU MÉNAGE	DÉPENSES/OBLIGATIONS MENSUELLES	PAIEMENTS MENSUELS	SOLDE DÛ
ARGENT	PAIEMENT DE LOYER/HYPOTHÈQUE		
COMPTE CHÈQUE	AUTRE PAIEMENT D'HYPOTHÈQUE		
COMPTES ÉPARGNE	PRÊTS ÉTUDIANTS OU PERSONNELS		
VALEUR D'ASSURANCE VIE	COMPTES DE REDEVANCES		
SOLDE DE RENTES VIAGÈRES	PRESCRIPTIONS, FACTURES MÉDICALES		
VALEUR D' ACTIONS ET D'OBLIGATION	SERVICES, TÉLÉPHONE, CÂBLE		
PROPRIÉTÉ, ANNÉES DE PROPRIÉTÉ	ÉPICERIE		
VÉHICULES (ANNÉE/MARQUE)	AUTRES DÉPENSES :		
AUTRES VALEURS DE VÉHICULE	TOTAL :	\$	\$
VALEUR COMMERCIALE	INFORMATION D'ASSURANCE		
AUTRES ACTIFS :	EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE DU MÉNAGE A POSTULÉ POUR DU MAINECARE DANS LES DERNIERS 3 MOIS ? _____		
TOTAL :	SI OUI : JOIGNEZ UNE COPIE DE LA LETTRE DE LA DÉCISION		
\$	EST-CE QUE QUELQU'UN DE VOTRE MÉNAGE A DE L'ASSURANCE ? _____ SI OUI : JOIGNEZ UNE COPIE DE(S) CARTE(S)		

SIGNATURES:

PATIENT / POSTULANT

DATE

COPOSTULANT

DATE