

N° de consultation :

Date :



DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Cher(e) patient(e) / garant(e) :

Important : VOUS POUVEZ RECEVOIR DES SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT : En remplissant cette demande, vous aiderez Memorial Health (Decatur Memorial Hospital, Lincoln Memorial Hospital, Jacksonville Memorial Hospital, Springfield Memorial Hospital et Taylorville Memorial Hospital) à déterminer si vous pouvez bénéficier de services gratuits ou à prix réduit ou d'autres programmes publics qui peuvent vous aider à payer vos soins de santé. Veuillez présenter ce formulaire de demande à l'hôpital.

SI VOUS N'ÊTES PAS ASSURÉ(E), VOUS N'AVEZ PAS BESOIN D'UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE POUR POUVOIR BÉNÉFICIER DE SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT.

Cependant, certains programmes publics, dont Medicaid, exigent un numéro de sécurité sociale. Il n'est pas nécessaire de fournir un numéro de sécurité sociale, mais cela aidera l'hôpital à déterminer si vous êtes admissible à des programmes publics.

Veuillez remplir le présent formulaire et le remettre à l'hôpital en personne, par courrier, par e-mail ou par fax, pour demander à bénéficier de soins gratuits ou à prix réduit. Vous disposez d'un délai de 240 jours à compter du premier relevé de facturation après votre sortie. Veuillez remettre le formulaire de demande dûment rempli et les documents justificatifs par courrier, par e-mail ou en personne au bureau d'accueil des Services financiers des patients dans l'un de nos hôpitaux.

Memorial Health | Attn: PFS | P.O. Box 19287 | Springfield, IL 62794-9287
financial.assistance@mhsil.com | Télécopie : 217-757-7595

Le/La patient(e) reconnaît avoir déployé des efforts de bonne foi pour fournir toutes les informations demandées dans le cadre de la demande afin d'aider l'hôpital à déterminer son admissibilité à une aide financière.

INFORMATIONS SUR LE/LA PATIENT(E) / GARANT(E)				
Nom du/de la patient(e)	Prénom du/de la patient(e)	Initiale du 2e prénom	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale (<i>facultatif</i>)
Race (<i>facultatif</i>)	Ethnicité (<i>facultatif</i>)	Sexe (<i>facultatif</i>)	Langue de préférence (<i>facultatif</i>)	
<i>*Les réponses ou non-réponses des patients aux champs marqués « facultatif » n'auront pas d'impact sur le résultat de la demande.</i>				
Nom du/de la garant(e) (<i>personne responsable du paiement de la facture</i>)		Lien avec le/la patient(e)		Téléphone – Fixe
Adresse		Ville / État / Code postal		Téléphone – Mobile
Adresse e-mail du/de la patiente, s'il s'agit de la méthode de contact préférée :				
Si le/la patient(e) est divorcé(e) ou séparé(e), l'ex-conjoint(e) est-il/elle financièrement responsable des soins médicaux du/de la patient(e) selon le contrat de dissolution ou de séparation ? ☐ Oui ☐ Non				
Si oui, le nom et l'adresse de l'ex-conjoint(e) sont-ils correctement indiqués dans la section concernant le/la garant(e) ci-dessus ? ☐ Oui ☐ Non				
Les services reçus étaient-ils liés à l'un des événements suivants ? ☐ Accident ☐ Crime ☐ Accident de travail ☐ Autre _____				

INFORMATIONS SUR LA SITUATION FAMILIALE	
Nombre de personnes constituant le foyer du/de la patient(e) :	
Nombre de personnes à charge du/de la patient(e) (<i>tel qu'indiqué sur la déclaration de revenus</i>) :	Âges des personnes à charge :

INFORMATIONS SUR LA SITUATION PROFESSIONNELLE
(indiquez « indépendant(e) », « handicapé(e) », « retraité(e) » ou « sans emploi », le cas échéant)
Employeur du/de la patient(e)
Employeur du/de la conjoint(e) du/de la patient(e)
Employeur du 1er parent ou tuteur (<i>si le/la patient(e) est mineur(e)</i>)
Employeur du 2e parent ou tuteur (<i>si le/la patient(e) est mineur(e)</i>)

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE

(indiquez toutes les assurances liées aux services reçus, par ex. Medicare, Blue Cross, Veteran's, etc.)

	Nom de l'assurance	Numéro de police	Numéro de groupe
Police n° 1			
Police n° 2			
Police n° 3			

Le/la patient(e) a-t-il/elle demandé à bénéficier de Medicaid ?

☐ Oui, la demande est en attente d'approbation ☐ Oui, le/la patient n'est pas admissible ☐ Non

PROGRAMMES AUXQUELS LE/LA PATIENT(E) EST ADMISSIBLE

(veuillez cocher tous les programmes auxquels le/la patient(e) est admissible)

**Si vous cochez l'une des cases suivantes et que vous n'êtes pas assuré(e),
vous n'avez pas à remplir la section relative aux revenus, aux dépenses ou aux biens familiaux**

☐ Programme de nutrition pour les femmes, les nourrissons et les enfants (Women, Infants & Children Nutrition Program ou WIC)	☐ Incarcération dans un établissement carcéral
☐ Aide temporaire pour les familles nécessiteuses (Temporary Assistance for Needy Families ou TANF)	☐ Situation de sans-abri
☐ Programme d'aide alimentaire supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program ou SNAP)	☐ Patient(e) décédé(e) sans succession
☐ Programme d'aide aux impayés d'énergie (Low Income Home Energy Assistance Program)	☐ Ordre religieux et vœu de pauvreté
☐ Incapacité mentale ; aucune personne autorisée à agir au nom du/de la patient(e)	☐ Faillite personnelle récente
☐ Bénéficiaire d'une subvention d'aide aux services médicaux	☐ Programme de petit-déjeuner et déjeuner gratuits de l'Illinois (Illinois Free Lunch & Breakfast Program)
☐ Admissibilité au programme Medicaid, mais pas à la date du service ou pour un service non couvert	☐ Programme de logement locatif abordable (Rental Housing Program) de l'IHDA
☐ Participation à un programme communautaire organisé offrant un accès à des soins médicaux dont l'un des critères d'adhésion est un faible revenu limité (par exemple, les centres de santé des comtés du centre, le centre de médecine familiale SIU - programme FQHC, le Crossing Healthcare, etc.)	

DOCUMENTS À FOURNIR POUR L'ADMISSIBILITÉ PRÉSUMÉE (documentation devant accompagner la demande)

☐ Copies de la preuve d'admissibilité présumée à l'un des programmes cochés ci-dessus

REVENU FAMILIAL

	Patient(e)*	Conjoint(e) du/de la patient(e)	1er parent ou tuteur du/de la mineur(e)*	2e parent ou tuteur du/de la mineur(e)
Salaire brut mensuel ou revenu mensuel de l'activité indépendante				
Allocation chômage mensuelle				
Prestation mensuelle de sécurité sociale ou pension mensuelle d'invalidité de sécurité sociale				
Pension mensuelle d'ancien combattant				
Pension mensuelle d'invalidité d'ancien combattant				
Prestation mensuelle d'assurance-invalidité				
Indemnité mensuelle d'accident de travail				
Revenu de retraite mensuel				
Pension alimentaire mensuelle				
Autres revenus mensuels (veuillez préciser)				

Déclaration d'absence de source de revenus : Je ne perçois aucun revenu des sources indiquées ci-dessus. La personne suivante paie pour mes frais de subsistance et le déclare dans une lettre que j'ai incluse : Nom _____ Relation : _____

*Si le/la patient(e) (ou le parent ou tuteur) est divorcé(e), indiquez uniquement les revenus du/de la patient(e) (ou du parent ou tuteur) et incluez toute pension alimentaire mensuelle. En cas de divorce, fournissez la documentation requise ci-dessous uniquement pour le/la patient(e) (ou le parent ou tuteur).

DOCUMENTS À FOURNIR POUR LE REVENU FAMILIAL (*documentation devant accompagner la demande*)

☐ Soumettez l'un des documents suivants :

(A) Une copie de la déclaration fiscale la plus récente (document à privilégier)

(B) Une copie du/des formulaire(s) W-2 et 1099 les plus récents

(C) Les copies des deux plus récentes fiches de paie

(D) Une confirmation de revenus écrite par un employeur si vous percevez un paiement en espèce

(E) Autres formulaires raisonnables de confirmation de revenus tiers présumés acceptables par Memorial Health (par exemple lettre d'approbation de la Sécurité sociale (Social Security Award letter), déclaration de prestations ou décision de justice)

INFORMATIONS SUR LES BIENS DU/DE LA PATIENT(E) / GARANT(E)

	Patient		Patient
Compte-chèques		Fonds communs	
Épargne		Automobiles ou autres véhicules	
Actions		Bien immobilier	
Certificats de dépôt		Épargne santé / Comptes de dépenses flexibles	

DOCUMENTATION OBLIGATOIRE POUR LES BIENS DU/DE LA PATIENT(E) NON ASSURÉ(E)
(*documentation non exigée si vous êtes assuré(e)*)

☐ Copies des deux derniers relevés mensuels de tous les comptes courants, d'épargne et de placement du/de la patient(e)

DÉPENSES FAMILIALES

Remarque : La politique d'aide financière de Memorial N'EXIGE PAS d'inclure les dépenses familiales dans cette demande

Dépenses domestiques mensuelles		Frais de garde d'enfants mensuels	
Frais de service public mensuels		Coûts d'emprunt mensuels	
Dépenses alimentaires mensuelles		Frais médicaux mensuels	
Coûts de transport mensuels		Autres dépenses Veuillez préciser :	

Je déclare que les informations contenues dans la présente demande sont exactes et véridiques à ma connaissance. Je m'engage à demander toute aide d'État, fédérale ou locale à laquelle je suis admissible pour m'aider à payer la facture d'hôpital. Je comprends que les informations fournies peuvent être vérifiées par l'hôpital et j'autorise l'hôpital à contacter des tiers pour vérifier l'exactitude des informations fournies dans le cadre de la présente demande. Je comprends que si je fournis intentionnellement des informations inexactes dans le cadre de la présente demande, je n'aurai droit à aucune aide financière, toute aide financière qui m'est accordée pourra être annulée et je serai responsable du paiement de la facture d'hôpital.

Signature du/de la patient(e) ou du/de la demandeur(euse)

Date

Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant le processus de demande, veuillez appeler le service de conseil financier de Memorial Health au 217-788-4774 ou au 800-562-2829.

Les plaintes ou les préoccupations relatives au processus de demande de rabais pour les patients non assurés ou au processus d'aide financière hospitalière peuvent être signalées au Health Care Bureau de l'Attorney General de l'Illinois au 877-305-5145 (ATS : 800-964-3013) ou en ligne sur www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html.