

| | |
|----------------------|--------|
| N° de consultation : | Date : |
|----------------------|--------|



DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

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

Important : VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER DE SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT. La présente demande va aider Memorial Health à déterminer si vous pouvez bénéficier de services gratuits ou à prix réduit ou d'autres programmes publics qui peuvent contribuer à la prise en charge de vos frais médicaux. 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 :

Memorial Health | Attn. PFS | PO Box 19287 | Springfield, IL 62794, États-Unis-9287
 Financial.Assistance@mhsil.com | fax: 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 (facultatif*) |
| Race (facultatif*) | Ethnicité (facultatif*) | Sexe (facultatif*) | | Langue de préférence (facultatif*) |
| *Les réponses ou non-réponses des patients aux champs marqués « facultatif » n'auront pas d'impact sur le résultat de la demande. | | | | |
| Nom du/de la garant(e) (personne responsable du paiement de la facture) | | 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| Les services reçus étaient-ils liés à l'un des événements suivants ? <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Crime <input type="checkbox"/> Accident de travail <input type="checkbox"/> 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) (tel qu'indiqué sur la déclaration de revenus) : | 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 (si le/la patient(e) est mineur(e)) |
| Employeur du 2e parent ou tuteur (si le/la patient(e) est mineur(e)) |

| 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 ? <input type="checkbox"/> Oui, la demande est en attente d'approbation <input type="checkbox"/> Oui, le/la patient n'est pas admissible <input type="checkbox"/> 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 au revenu familial**

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Programme de nutrition pour les femmes, les nourrissons et les enfants (Women, Infants & Children Nutrition Program ou WIC) | <input type="checkbox"/> Incarcération dans un établissement carcéral |
| <input type="checkbox"/> Aide temporaire pour les familles nécessiteuses (Temporary Assistance for Needy Families ou TANF) | <input type="checkbox"/> Situation de sans-abri |
| <input type="checkbox"/> Programme d'aide alimentaire supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program ou SNAP) | <input type="checkbox"/> Patient(e) décédé(e) sans succession |
| <input type="checkbox"/> Programme d'aide aux impayés d'énergie (Low Income Home Energy Assistance Program) | <input type="checkbox"/> Ordre religieux et vœu de pauvreté |
| <input type="checkbox"/> Incapacité mentale ; aucune personne autorisée à agir au nom du/de la patient(e) | <input type="checkbox"/> Faillite personnelle récente |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'une subvention d'aide aux services médicaux | <input type="checkbox"/> Programme de petit-déjeuner et déjeuner gratuits de l'Illinois (Illinois Free Lunch & Breakfast Program) |
| <input type="checkbox"/> Admissibilité au programme Medicaid, mais pas à la date du service ou pour un service non couvert | <input type="checkbox"/> Programme de logement locatif abordable (Rental Housing Program) de l'IHDA |
| <input type="checkbox"/> 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 (<i>par exemple, les centres de santé des comtés du centre, SIU Center for Family Medicine—FQHC Program, Crossing Healthcare</i>) | |

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) |
|--|-------------|---------------------------------|--|--|
| Salaires 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) | | | | |

*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. En cas de divorce, fournissez la documentation requise ci-dessous uniquement pour le/la patient(e) (ou le parent ou tuteur).

DOCUMENTS À FOURNIR *(documentation devant accompagner la demande)***Veillez à fournir les documents suivants :**

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Copies de la déclaration de revenus fédérale de l'année précédente pour le/la patient(e) et le/la conjoint(e) ou le(s) parent(s) ou tuteur(s) du/de la mineur(e). Censurez les numéros de sécurité sociale. | <input type="checkbox"/> Copies des relevés mensuels de prestations de sécurité sociale pour le/la patient(e) et le/la conjoint(e) ou le(s) parent(s) / tuteur(s) du/de la mineur(e). |
| <input type="checkbox"/> Copies des dernières déclarations W-2 et 1099 du/de la patient(e) et de son/sa conjoint(e) ou du ou des parent(s) / tuteur(s) du/de la mineur(e). | <input type="checkbox"/> Copies de la preuve d'admissibilité à l'un des programmes figurant dans la section des programmes auxquels le/la patient(e) est admissible pour le/la patient(e) ou le parent / tuteur du/de la mineur(e). |
| <input type="checkbox"/> Copies des deux dernières fiches de paye du/de la patient(e) et du/de conjoint(e) ou du/des parent(s) / tuteur(s) du/de la mineur(e). | <input type="checkbox"/> Copie du formulaire d'approbation ou de refus d'aide du Département des aides publiques de l'Illinois pour le/la patient(e). |
| <input type="checkbox"/> Copies des deux derniers relevés mensuels de tous les comptes courant, d'épargne et de placement du/de la patient(e) et de son/sa conjoint(e) ou du/des parent(s) / tuteur(s) du/de la mineur(e). | <input type="checkbox"/> Copie d'une lettre de victime de crime pour le/la patient(e). |
| | <input type="checkbox"/> En l'absence de revenus, lettre de la personne payant les frais de subsistance du/de la patient(e) expliquant la situation. |

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 inexacts 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 du Springfield Memorial Hospital au 217-788-4774 ou au 1-800-562-2829.

Les plaintes ou les préoccupations relative 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 du Illinois Attorney General au 1-877-305-5145 (ATS : 1-800-964-3013) ou en ligne sur www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html.