

**CHI St. Anthony Hospital
Instructions concernant le formulaire de demande d'aide financière**

Le présent document constitue une demande d'aide financière pour *CommonSpirit Health*.

CommonSpirit Health propose une assistance financière aux personnes et aux familles qui remplissent certaines conditions de revenus. Vous pouvez bénéficier de soins gratuits ou à prix réduit en fonction de la composition de votre foyer, de vos revenus, même si vous disposez d'une assurance maladie. Cette assistance est fournie aux patients dont les revenus du foyer sont inférieurs à 400 % des Directives fédérales sur la pauvreté (Federal Poverty Level Guidelines). Des informations sur les directives fédérales sur la pauvreté sont disponibles sur <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Que couvre l'assistance financière ? L'assistance financière hospitalière couvre les services hospitaliers appropriés fournis par Common Spirit Health en fonction de votre éligibilité. L'assistance financière pourrait ne pas couvrir tous les frais de soins de santé, y compris ceux fournis par d'autres organisations.

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire : vous pouvez obtenir de l'aide pour toute raison, que ce soit un handicap ou une aide linguistique au : 844-286-5546

Pour que votre demande soit traitée, vous devez :

- Nous donner des informations sur votre famille**
- Nous donner des informations sur le revenu mensuel brut de votre foyer (les revenus avant les impôts et les déductions)**
- Documenter les revenus de votre foyer**
- Documenter les actifs de votre foyer (optionnel)**
- Joindre des informations supplémentaires, le cas échéant**
- Dater et signer le formulaire**

Remarque : Vous n'avez pas besoin de fournir un numéro de Sécurité sociale pour faire une demande d'assistance financière. Si vous nous fournissez votre numéro de Sécurité sociale, vous permettrez l'accélération du traitement de votre demande. Ces numéros sont utilisés pour vérifier les informations que vous nous avez fournies. Si vous n'avez pas de numéro de Sécurité sociale, veuillez indiquer « Non applicable » ou « NA ».

Envoyez la demande complétée avec tous les documents par courrier ou par fax à : CHI ST ANTHONY HOSPITAL, ATTN: EES -Financial Assistance Center, P.O. Box 660872. Dallas, TX 75266-0872
Fax : 469-803-4627. Veuillez à en garder une copie pour vous.

Pour déposer votre demande complète en mains propres : CHI St. Anthony Hospital, 2801 St Anthony Way, Pendleton, OR 97801

Nous vous informerons de la décision finale d'éligibilité et de vos droits de recours, le cas échéant, dans les 30 jours calendaires suivant la réception de la demande d'aide financière complète, y compris les documents attestant des revenus.

En soumettant une demande d'aide financière, vous consentez à ce que nous fassions les recherches nécessaires pour confirmer les obligations et les informations financières.

Nous voulons vous aider. Veuillez déposer votre demande rapidement !

Vous pourriez recevoir des factures jusqu'à ce que nous recevions vos informations.

CHI St. Anthony Hospital
Formulaire de demande d'assistance financière – Confidentiel

Veuillez remplir complètement toutes les informations. Si non applicable, indiquez « NA » Joignez des pages supplémentaires, le cas échéant.

INFORMATION DE CONTRÔLE

Avez-vous besoin d'un interprète ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, listez vos langues préférées :
Le(la) patient(e) a-t-il/elle demandé Medicaid? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Il peut être nécessaire de faire une demande avant la prise en compte de l'assistance financière
Le(la) patient(e) reçoit-il(elle) des services publics de l'état comme les bons d'alimentation ou le WIC (Women, Infants, and Children - Femme, bébés et enfants) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le(la) patient(e) est-il(elle) actuellement sans domicile fixe ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les soins du (de la) patient(e) sont-ils en lien avec un accident de voiture ou un accident du travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Liste des hôpitaux CommonSpirit Health dans lesquels vous avez reçu un traitement :

VEUILLEZ NOTER

- Nous ne pouvons pas garantir que vous obtiendrez une assistance financière, même si vous en faites la demande.
- Une fois que vous avez envoyé votre demande, nous pourrions vérifier l'ensemble des informations et nous pourrions demander des informations supplémentaires ou une preuve de revenus.

INFORMATIONS SUR LE(LA) PATIENT(E) ET SUR LA PERSONNE FAISANT LA DEMANDE

Prénom du(de la) patient(e)	Deuxième nom du(de la) patient(e)		Nom de famille du(de la) patient(e)
Date de naissance	Numéros de compte du(de la) patient(e) :		Numéro de Sécurité sociale du(de la) patient(e) (optionnel*)
Personne responsable du paiement des factures	Lien avec le(la) patient(e)	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale (optionnel*)
Adresse postale _____			Numéro(s) de contact principal(aux) () _____ () _____ Adresse de courriel : _____
Ville	État	Code postal	
Personne responsable du paiement des factures <input type="checkbox"/> Salarié (date de prise d'emploi : _____) <input type="checkbox"/> chômeur(euse) (chômage depuis combien de temps : _____) <input type="checkbox"/> Travailleur(euse) indépendant(e) <input type="checkbox"/> Étudiant(e) <input type="checkbox"/> Handicapé(e) <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre (_____)			

INFORMATIONS FAMILIALES

Donnez une liste de membres du foyer, vous compris. Un « foyer » comprend deux ou plusieurs personnes en lien par la naissance, le mariage ou l'adoption et qui vivent ensemble. Si un patient peut déclarer une personne à charge sur sa déclaration de revenus, cette personne sera considérée comme un membre du foyer du patient aux fins de la présente demande.

COMPOSITION DU FOYER _____

Joignez des pages supplémentaires, le cas échéant.

NOM	Date de naissance	Lien avec le(la) patient(e)	Si 18 ans ou plus : Nom de l'employeur ou des employeurs ou source de revenus	Si 18 ans ou plus : Revenus mensuels bruts (avant impôts) :	Demandez-vous aussi une assistance financière ?
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non

Les revenus de tous les membres adultes du foyer doivent être déclarés. Par exemple, les sources de revenus comprennent :

- Salaires - Chômage - Travail indépendant - Indemnisation des travailleurs - Handicap - SSI
- Pension alimentaire pour enfant/époux - Programmes travail-études (étudiants) - Retraite
- Retraite de comptes d'épargne-retraite - Autre (*veuillez préciser : _____*)

INFORMATIONS SUR LES REVENUS

N'OUBLIEZ PAS : Vous devez inclure une preuve de vos revenus avec votre demande.

Vous devez fournir des informations sur les revenus de votre foyer. La vérification des revenus est nécessaire pour déterminer l'assistance financière.

Tous les membres du foyer de 18 ans et plus doivent déclarer leurs revenus. Veuillez fournir une preuve de toutes les sources identifiées de revenus.

Les preuves de revenus sont, par exemple :

- la déclaration d'impôt sur le revenu de l'année précédente, y compris les annexes, le cas échéant, ou
- une déclaration de retenue à la source « W-2 », ou
- les fiches de paie actuelles (*3 mois*) ou
- les déclarations écrites et signées d'employeurs ou d'autres personnes ET
- l'accord/refus de l'éligibilité à Medicaid et/ou à l'assistance médicale financée par l'état ou
- l'accord/refus de l'éligibilité à l'indemnisation du chômage.

Si vous n'avez pas de preuve de revenus ou si vous n'avez pas de revenus, veuillez joindre une page supplémentaire avec une déclaration signée expliquant comment vous subvenez à vos besoins essentiels (tels que le logement, la nourriture et les fournisseurs d'énergie).

INFORMATIONS SUR LES ACTIFS

(Cette section est optionnelle et peut être utilisée pour déterminer l'éligibilité à d'autres programmes d'assistance)

Veuillez fournir une preuve de toutes les sources identifiées de revenus. Les preuves de revenus sont, par exemple :

- les relevés bancaires (montrant les trois derniers mois)
 - le(s) compte(s)-chèque(s)
 - le(s) compte(s)-épargne(s)
- les investissements, y compris les actions et les obligations
- les fonds fiduciaires

- le(s) compte(s) monétaire(s)
- le(s) fonds communs de placement
- les autres fonds d'investissement qui n'entraîneront pas de pénalité si les fonds sont retirés.

INFORMATIONS ADDITIONNELLES

Veillez joindre une page supplémentaire si vous souhaitez nous communiquer d'autres informations sur votre situation financière actuelle, telles que des difficultés financières, des frais médicaux excessifs, des revenus saisonniers ou temporaires, ou une perte personnelle.

ACCORD DU(DE LA) PATIENT(E)

Je comprends que CommonSpirit Health peut vérifier les informations en examinant les informations sur le crédit et en obtenant des informations d'autres sources pour aider à déterminer l'éligibilité à l'aide financière ou aux plans de paiement.

- Je certifie que les informations que j'ai fournies sont, à ma connaissance, véridiques et exactes.
- Je m'engage à demander, de manière indépendante ou avec l'aide du personnel de l'hôpital, TOUTE l'assistance qui pourrait être disponible auprès des autorités fédérales, nationales, locales et privées pour m'aider à payer cette facture de soins de santé.
- Je comprends que si je ne coopère pas avec CommonSpirit Health et que je ne fournis pas les informations requises, ma demande pourra être rejetée.
- Je comprends que l'information que je fournis est sujette à vérification par CommonSpirit Health, dont des agences d'évaluation du crédit et sous réserve d'un examen par les agences fédérales et/ou d'État et d'autres organismes, le cas échéant.
- Je comprends qu'il peut m'être demandé des informations additionnelles pour que l'assistance soit acceptée.

Si vous recevez un paiement d'une compagnie d'assurance, d'un plan d'indemnisation des travailleurs ou d'un tiers, vous acceptez d'en informer l'hôpital. L'hôpital se réserve le droit de percevoir le montant total des frais facturés au cas où un tiers vous paierait pour les services fournis par l'hôpital.

Signature de la personne faisant la demande

Date