

Formulaire de demande d'aide financière



Important : VOUS POUVEZ OBTENIR UNE AIDE GRATUITE OU UN TAUX RÉDUIT: Le fait de remplir la demande aidera AdventHealth à déterminer si vous pouvez recevoir des services gratuitement ou à taux réduits ou si vous êtes admissible pour d'autres programmes publics pouvant vous aider à payer vos services de santé. Veuillez envoyer cette demande à l'adresse se trouvant sur la lettre de présentation.

SI VOUS N'ÊTES PAS ASSURÉ(E), UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE N'EST PAS NÉCESSAIRE POUR ÊTRE ADMISSIBLE POUR DES SOINS GRATUITS OU À TAUX RÉDUIT. Toutefois, un numéro de Sécurité Sociale est nécessaire pour certains programmes publics, y compris Medicaid. Fournir un numéro de Sécurité Sociale n'est pas obligatoire mais il aidera AdventHealth à déterminer si vous êtes ou pas admissible pour un programme public. Pour toutes questions de la demande marquées comme "facultative", votre réponse (ou non-réponse) n'aura pas d'impact sur l'issue de la demande.

Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer à AdventHealth en personne, par courrier, courriel ou télécopie afin de demander la prise en charge totale ou à taux réduit des soins dès que possible après la date du service. Nous accepterons vos demande pendant une période pouvant atteindre 240 jours après le premier relevé de facturation correspondant à vos soins. En soumettant cette demande, vous confirmez que vous vous êtes efforcé, de bonne foi, à fournir toutes les informations requises dans la demande pour aider AdventHealth à déterminer si le patient peut avoir droit à une assistance financière. Si vous avez des questions sur la procédure de demande, vous pouvez contacter le service de conseil financier d'AdventHealth en faisant parvenir vos questions ou soucis à 844-652-0600.

Les réclamations ou les soucis quant à la procédure de demande de remise pour le paient ou la procédure d'aide financière hospitalière peuvent être présentées au Health Care Bureau, ou bureau de soins de santé, du Procureur général de l'Illinois. La ligne d'assistance gratuite de Health Care Bureau est joignable au 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Informations sur le patient

(Veuillez l'imprimer et remplir tous les champs. Indiquez S.O. si pas applicable sur une ligne particulière de la demande)

Date _____ Numéro de compte _____

Nominatif (prénom et nom) _____

Date de naissance _____ État civil _____ Numéro de téléphone _____

Facultatif - *Identité de genre – Est-ce que vous vous considérez comme :* Masculin Féminin Homme transgenre/transsexuel/en transition homme-femme Femme transgenre/femme trans/en transition homme à femme (MTF) Travesti/sans genre précis, ni exclusivement homme, ni femme Autre catégorie de genre (ou autre)

Facultatif - *Identité de genre : Quel sexe était initialement mentionné sur votre certificat de naissance ? :* Masculin Féminin

Facultatif – *Race :* Blanc Noir ou Afro-américain Indien américain ou aborigène d'Alaska Indien d'Asie Chinois Philippin Japonais Coréen Vietnamien Autre asiatique Aborigène de Hawaï Guamien ou Chamorro Samoan Autre insulaire du Pacifique

Facultatif – Ethnie : Origine hispanique, latine ou espagnole Mexicain, Mexicain Américain, Chicano/a Porto-ricain

Cubain Autre origine hispanique, latine ou espagnole

Facultatif – Langue - Parlez-vous une langue autre que l'anglais chez vous ? : Oui Non

Si oui, quelle langue ? : _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ CP _____

Facultatif – Numéro de Sécurité sociale _____

Employeur _____ Statut professionnel _____

Numéro de téléphone d'employeur _____

Informations sur la personne responsable/le tuteur légal

(Si le patient ci-dessus est la personne responsable, ne remplissez pas cette section.)

Nominatif (prénom et nom) _____

Date de naissance _____ État civil _____ Numéro de téléphone _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ CP _____

Numéro de sécurité sociale (facultatif) _____

Employeur _____ Statut professionnel _____

Informations sur le conjoint responsable

(Si le patient est la personne responsable, remplissez les informations relatives au conjoint du patient.)

Nominatif (nom et prénom) _____

Date de naissance _____ État civil _____ Numéro de téléphone _____

Adresse postale _____ Ville _____ État _____ CP _____

Numéro de sécurité sociale (facultatif) _____

Employeur _____ Statut professionnel _____

Numéro de téléphone de l'employeur _____

Personnes à charge de la personne responsable

(Si le patient est la personne responsable, remplissez les informations relatives au conjoint du patient.)

Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne responsable _____

Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne responsable _____

Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne responsable _____

Nom _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne responsable _____

Nombre d'adultes et d'enfants vivant dans le foyer _____

Revenus mensuels

(Remplissez le montant en dollars pour chaque élément listé ci-dessous. Fournissez le montant mensuel pour chacun.)

Revenu du demandeur _____	Revenu	Pension alimentaire pour mineur perçue _____
du conjoint du demandeur _____		Pension alimentaire perçue _____
Prestations de sécurité sociale _____	Revenu	Revenus locatifs _____ Bons
de pension/retraite _____		alimentaires _____
Pension d'invalidité _____		Revenus de fonds de placement perçus _____ Autres
Indemnités de chômage _____		revenus _____
Indemnisation de salarié _____		Revenu mensuel brut total \$ _____
Revenus d'intérêts/dividendes _____		

Dépenses mensuelles

Les patients qui sont censés être admissibles à l'aide financière comme décrit dans la Politique d'aide financière d' AdventHealth n'ont pas à remplir cette section.

Prêt hypothécaire/loyer _____		Pension alimentaire/pension pour enfant _____
Services publics _____		Cartes de crédit _____
Téléphone (fixe) _____		Factures médicales/hospitalières _____
Téléphone portable _____		Assurance automobile _____
Alimentation _____		Assurance habitation _____
Câble/internet/TV satellite _____	Prêt	Assurance/complémentaire de santé _____
automobile _____	Garde	Assurance vie _____
d'enfants _____		Autres dépenses mensuelles _____
		Dépenses mensuelles totales en \$ _____

Actifs

Espèces/épargne/comptes-chèques _____
Actions/obligations/investissements/Certificats de dépôt _____
Autres biens immobiliers/résidences secondaires _____
Bateau/Véhicule de loisirs/moto/véhicule de plaisance _____
Automobile de collection/automobile non essentielle _____
Autres actifs _____

J'autorise ADVENTHEALTH à obtenir des informations de agences externes d'évaluation du crédit. Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et exactes à ma connaissance. Je ferai la demande de toute aide de l'État, fédérale ou locale auquel je peux avoir droit pour aider à payer mes dépenses sanitaires. Je comprend que ces informations fournies peuvent être vérifiées par ADVENTHEALTH que j'autorise à contacter des tierces parties pour vérifier la justesse des informations fournies dans cette demande. Je comprend que si je fournis volontairement de fausses informations dans cette demande, je deviendrai inéligible pour toute assistance financière, que toute assistance financière qui m'a été accordée peut-être sujette à remboursement et que je serai responsable du paiement de la ou les facture(s).

Signature du Demandeur _____

Date _____

Remarques _____



Lettre de soutien

Numéro du dossier médical/numéro de compte du patient _____

Nom de la personne apportant le soutien _____

Relation avec le patient/demandeur _____

Adresse de la personne apportant le soutien _____

À AdventHealth :

Cette lettre a pour but d'informer que (nom du patient) _____ ne reçoit que peu ou pas de revenus et que je l'aide à couvrir ses frais de subsistance. Il/elle/ils n'a ou n'ont pas d'obligations envers moi.

En signant cette déclaration, j'atteste que les informations fournies sont véridiques, conformément à l'étendue de mes connaissances.

Signature de la personne apportant le soutien _____

Date _____



Cher Patient/Demandeur,

La compassion est le moteur d'AdventHealth, qui se consacre à fournir des soins personnalisés à tous, en particulier aux plus démunis. Notre devoir et notre privilège sont d'offrir une aide financière à nos patients. L'aide financière n'est disponible que pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires. Nous vous remercions de nous avoir fait confiance pour vous soigner, vous et votre famille, pour tous vos besoins en matière de soins de santé.

Nous vous envoyons cette lettre et la demande d'aide financière ci-jointe, car nous avons reçu votre demande. Si vous n'avez pas fait de demande, veuillez ne pas en tenir compte. Veuillez remplir le recto et le verso, la signer et la dater avant de nous la retourner. Si vous avez rempli une demande au cours des six derniers mois et que votre demande d'aide financière a été approuvée, veuillez nous en informer. Vous n'aurez peut-être pas besoin de remplir une nouvelle demande. Nous ne prendrons pas en compte une demande précédente de plus de six mois.

Veuillez joindre à votre demande une copie d'au moins l'un des éléments suivant comme preuve de vos revenus. Si vous êtes marié(e) ou avez vécu avec un partenaire pendant 6 mois ou plus, il ou elle devra également fournir une copie d'au moins un des éléments suivants comme preuve de ses revenus avant que la demande puisse être traitée.

- Copies des 3 derniers bulletins de salaire provenant de l'employeur.
- Copies de la dernière déclaration d'impôts annuelle (si vous êtes indépendant, veuillez inclure toutes les annexes)
- Lettre d'attribution de la sécurité sociale et/ou de la pension de retraite
- La dernière déclaration d'impôts annuelle du parent ou du tuteur, si le demandeur est une personne à charge figurant sur son formulaire fiscal et est âgé de moins de 25 ans
- Tout autre document de validation de revenus
- Copie des relevés bancaires des 3 derniers mois
- Copie du reçu des prestations de chômage

Si vous recevez de l'aide d'une famille ou d'amis ou si vous vivez dans une maison avec eux, veuillez leur faire remplir le formulaire ci-joint intitulé «Lettre de soutien». Cela ne les rendra pas redevables de vos factures médicales. Cela permettra de montrer comment vous êtes en mesure de faire face à vos frais de subsistance. Si vous ne recevez aucune aide de votre famille et de vos amis, vous n'avez pas besoin de remplir le formulaire de lettre de soutien.

Enfin, veuillez également fournir des documents attestant de vos frais médicaux et de pharmacie/médicaments mensuels impayés.

Sachez que la demande dûment remplie, accompagnée d'une preuve de revenus, doit être reçue afin que la demande soit prise en considération. Nous ne sommes pas en mesure de traiter ou d'examiner les demandes incomplètes.

Veillez garder à l'esprit que les communications par courrier électronique sur Internet ne sont pas sécurisées. Bien que cela soit peu probable, il est possible que les informations que vous incluez dans un courriel soient interceptées et lues par d'autres personnes que celle à laquelle il est adressé.

Nous voulons protéger vos informations personnelles et veiller à ce qu'elles restent sécurisées. Étant donné que la demande contient votre numéro de sécurité sociale ainsi que d'autres informations privées, nous vous demandons instamment de ne pas l'envoyer par courrier électronique.

Veillez imprimer, envoyer par voie postale votre demande remplie à l'adresse suivante :

AdventHealth PFS
Attention : Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Si vous avez des questions au sujet de cette demande, veuillez appeler l'un de nos Représentants des patients au 888-693-2252.

Cordialement,

Patient Financial Services
AdventHealth