



**Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)**

Cher Patient/Demandeur,

La compassion est le moteur d'Ascension, qui se consacre à fournir des soins personnalisés à tous, en particulier aux plus démunis. Notre mission et notre privilège sont d'offrir une aide financière à nos patients. L'aide financière est réservée aux soins d'urgence et à d'autres soins médicalement nécessaires. Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez pour vos soins de santé et ceux de votre famille.

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.

Avec votre demande, veuillez joindre 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.

- Copie des 3 derniers bulletins de salaire provenant de l'employeur.
- Copie de la déclaration de revenus annuelle la plus récente (si vous êtes un travailleur indépendant, veuillez inclure toutes les annexes) ou vérification de non-production ([www.irs.gov/form 4506-T](http://www.irs.gov/form4506-T))
- 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 chez eux, veuillez leur faire remplir le formulaire ci-joint intitulé « Lettre de soutien » et veuillez inclure une copie de leur pièce d'identité avec photo. 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 pour 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 votre demande remplie et l'envoyer par courrier postal ou la remettre en main propre à l'une des adresses suivantes :

**ASCENSION ST. VINCENT'S RIVERSIDE
HOPE PROGRAM
1 SHIRCLIFF WAY
JACKSONVILLE, FL 32204**

**ASCENSION ST. VINCENT'S SOUTHSIDE
HOPE PROGRAM
4201 BELFORT RD
JACKSONVILLE, FL 32216**

**ASCENSION ST. VINCENT'S CLAYCOUNTY
HOPE PROGRAM
1670 ST. VINCENT'S WAY
MIDDLEBURG, FL 32068**

**ASCENSION ST. VINCENT'S ST JOHNS
HOPE PROGRAM
205 TRINITY WAY
ST. JOHNS FL 32259**

Si vous avez des questions concernant cette demande, veuillez appeler l'un de nos représentants du service aux patients au (904) 308-1956.

Cordialement,

Services financiers aux
patients d'Ascension St.
Vincent's

Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E) (Admissibilité des patients à l'aide pour soins de santé)**Questions de sélection supplémentaires pour l'aide financière**

- Avez-vous une assurance maladie ? O N Nom de la compagnie d'assurance et
identifiant de membre _____
- Avez-vous moins de 21 ans ou plus de 65 ans ? O N Moins de 21 ans Plus de 65 ans
- Des enfants mineurs vivent-ils avec vous ? O N
- Êtes-vous enceinte ? O N
- L'Administration de la sécurité sociale a-t-elle déterminé que vous étiez invalide ou un dossier d'invalidité est-il en instance ? O N Invalide
 En instance : à quelle date avez-vous soumis le dossier ?
- Quel est votre statut de citoyenneté américaine ? *Veillez noter : cette question est uniquement demandée à des fins d'admissibilité au programme d'urgence Emergency Medicaid.* O N Citoyen américain Réfugié
 Carte verte VISA (travail ou visiteur)

Veillez indiquer la raison pour laquelle vous faites une demande d'aide financière/HOPE

- J'ai des factures médicales impayées en raison d'une visite aux services des urgences / d'un séjour à l'hôpital / de soins programmés (entourez une ou plusieurs réponses)
- Autre (veuillez fournir une brève explication) _____

Temps de traitement de votre demande

- Le traitement de votre demande peut prendre jusqu'à 45 jours, mais nos conseillers financiers travaillent avec diligence pour traiter votre demande le plus rapidement possible.
- Pour aider nos conseillers financiers à traiter votre demande, veuillez vous assurer de soumettre une demande dûment remplie et signée et avec tous les documents requis afin d'éviter des retards dans le traitement de votre demande.



Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E) (Admissibilité des patients à l'aide pour soins de santé)

Instructions détaillées pour la demande d'aide financière

- Formulaire de demande d'aide financière
Veuillez remplir tous les champs applicables, puis signer et dater
- Questions de sélection pour l'aide financière
Veuillez entourer Oui ou Non et fournir des informations supplémentaires si nécessaire
- Lettre de soutien
Veuillez fournir, le cas échéant
- Formulaire d'attestation d'itinérance
Veuillez remplir intégralement, le cas échéant
- Autorisation de divulgation d'informations financières, Formulaire 2613 (résidents de la Floride uniquement)
Ce formulaire est utilisé à des fins d'admissibilité et de détermination Medicaid par le DCF (Département de l'Enfance et de la Famille) et pour déterminer si vous êtes admissible.
Les lignes de signature doivent inclure la signature du patient et du conjoint, le cas échéant.
- Nomination d'un représentant désigné, Formulaire 2505 (résidents de la Floride uniquement) Signez et datez sur la ligne de signature du client.
Ce formulaire est utilisé à des fins d'admissibilité et de détermination Medicaid. Il nous permet de remplir votre demande Medicaid et de suivre votre dossier Medicaid. N'indiquez pas de nom pour le représentant.
- Pièce jointe C (résidents de la Géorgie uniquement)
Signez votre nom sous 10. et datez sous 11.
- Autorisation R1 de représentation du patient Signez et datez.
- Autorisation R1 de discuter de la couverture des soins de santé
Veuillez fournir les informations demandées le cas échéant.

Formulaire de demande d'aide financière



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

Informations sur le patient

(Veuillez l'imprimer et remplir tous les champs. Indiquez S.O. si un champ particulier de la demande n'est pas applicable.)

Date _____ Numéro de compte _____
Nom (prénom et nom de famille) _____
Date de naissance _____ État matrimonial _____ Numéro de téléphone _____
Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____
Numéro de sécurité sociale (facultatif) _____
Employeur _____ Situation d'emploi _____
Nombre d'heures de travail hebdomadaires _____ Numéro de téléphone de l'employeur _____

Informations sur la personne responsable/le tuteur légal

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

Nom (prénom et nom de famille) _____
Date de naissance _____ État matrimonial _____ Numéro de téléphone _____
Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____
Numéro de sécurité sociale (facultatif) _____
Employeur _____ Situation d'emploi _____
Nombre d'heures de travail hebdomadaires _____ Numéro de téléphone de l'employeur _____

Informations sur le conjoint responsable

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

Nom (prénom et nom de famille) _____
Date de naissance _____ État matrimonial _____ Numéro de téléphone _____
Adresse postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____
Numéro de sécurité sociale (facultatif) _____
Employeur _____ Situation d'emploi _____
Nombre d'heures de travail hebdomadaires _____ 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 _____ Relation avec la personne responsable _____
Nom _____ Date de naissance _____ Relation avec la personne responsable _____
Nom _____ Date de naissance _____ Relation avec la personne responsable _____
Nom _____ Date de naissance _____ Relation 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 du conjoint du demandeur _____
Prestations de sécurité sociale _____
Revenu de pension/retraite _____
Pension d'invalidité _____
Indemnités de chômage _____
Indemnisation de salarié _____
Revenus d'intérêts/dividendes _____

Pension alimentaire pour mineur perçue _____
Pension alimentaire perçue _____
Revenus locatifs _____
Bons alimentaires _____
Revenus de fonds de placement perçus _____
Autres revenus _____
Autres revenus _____
Revenu mensuel brut total en \$ _____

Dépenses mensuelles

Prêt hypothécaire/loyer _____
Services publics _____
Téléphone (fixe) _____
Téléphone portable _____
Alimentation _____
Câble/internet/TV satellite _____
Prêt automobile _____
Garde d'enfants _____

Pension alimentaire/pension pour enfant _____
Cartes de crédit _____
Factures médicales/hospitalières _____
Assurance automobile _____
Assurance habitation _____
Assurance/complémentaire de santé _____
Assurance vie _____
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 _____

Par la présente, je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et exactes à ma connaissance. Par la présente, j'autorise l'hôpital à obtenir des informations auprès d'agences externes d'évaluation de crédit si l'hôpital le juge opportun.

Signature du demandeur _____

Date _____

Remarques _____



**Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)**

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 l'attention d'Ascension :

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

En signant cette déclaration, je reconnais que les informations fournies sont exactes à ma connaissance.

Signature de la personne apportant le soutien _____

Date _____



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

FORMULAIRE D'ATTESTATION D'ITINÉRANCE

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

4 derniers chiffres du n° de SS : _N° de SS vérifié (O/N) : _____

Je suis actuellement sans abri et autorisé(e) à recevoir du courrier à l'adresse suivante :

Je reçois des bons d'alimentation d'un montant de _____ \$ par mois.

Je suis actuellement sans emploi et je n'ai reçu aucun revenu depuis _ mois.

PATIENT

J'atteste par la présente que ma réponse à la déclaration précédente applicable est vraie, complète et exacte. En signant cette attestation, vous certifiez que vous l'avez lue ou qu'elle vous a été lue et qu'une signature légale valide a été appliquée.

Signature du patient

Date

Numéro de téléphone

Propriétaire/Locataire

Veuillez demander au propriétaire/locataire de l'adresse à laquelle vous êtes autorisé(e) à recevoir du courrier de remplir cette section :

J' _____ atteste que _____ est
actuellement sans abri et autorisé(e) à recevoir du courrier à mon adresse indiquée ci-dessus.

Résident Signature

Date

Numéro de téléphone



État de la Floride
Estado De La Florida

Département de l'Enfance et de la Famille
Departamento de Niños y Familias

**AUTORISATION DE DIVULGATION
D'INFORMATIONS FINANCIÈRES**
Autorización Para Informe Económico

Date (Fecha) : _____

Numéro de dossier ou numéro ACCESS
(Numero del Caso o Numero de ACCESS)

À qui de droit :
(A Quien Pueda Interesar):

Par la présente, j'autorise et autorise toute banque, syndic de copropriété, employeur, compagnie d'assurance, société immobilière, agence gouvernementale et toute institution financière de quelque nature ou caractère que ce soit à divulguer à tout agent du Département de l'Enfance et de la Famille des informations complètes sur mes comptes bancaires, gains, polices d'assurance, biens ou avantages, pour la période indiquée ci-dessous.

(Par la presente autorizo a cua/quien banco, compafia de construccion, compafia de seguros, compafia de bienes raices, agencia de gobierno o institucion financiera que a sf lo solicite, a suministrar informacion sobre mis cuentas bancarias, ingresos, polizas de seguro, propiedades o beneficios, par el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Niños y Familias.)

Cette autorisation est valide du _____ au _____

(Esta autorizaci6n es valida desde _____ hasta _____.)

Signature(s) : _____
(Firma(s))

Nom(s) sur le compte : _____
(Nombre(s) en la Cuenta)

Signature du spécialiste ESS

Date



Vierge

NOMINATION D'UN REPRÉSENTANT DÉSIGNÉ

Numéro de
dossier

Nom du client

Rempli par le client

Je souhaite que _____ agisse en mon nom pour déterminer mon
admissibilité à l'aide sociale du Département de l'Enfance et de la Famille.
Nom du représentant

Signature du client

Date

Rempli par le représentant

Je comprends qu'en acceptant cette nomination, je suis responsable de fournir ou d'aider à fournir les informations nécessaires pour établir l'admissibilité de cette personne à l'aide sociale. Je comprends que je peux être poursuivi(e) pour parjure et/ou fraude si je dissimule des informations ou fournis intentionnellement de fausses informations.

Signature du représentant

Date

Relation avec le client

Adresse

Ville

État

Numéro de téléphone

Auto-nomination par le représentant

J'agis au nom de _____ en fournissant des informations pour établir son admissibilité à l'aide sociale parce qu'il/elle est incapable d'agir en son propre nom. Je fournirai des informations exactes à ma connaissance. Je comprends que si je dissimule des informations ou fournis intentionnellement de fausses informations, je peux être poursuivi(e) pour parjure et/ou fraude. J'accepte de signaler immédiatement tout changement de situation dont je prends connaissance.

Signature du représentant

Date

Relation avec le client

Adresse

Ville

État

Numéro de téléphone

Aide au remplissage de cette demande

Vous pouvez choisir un représentant autorisé.

Vous pouvez autoriser une personne de confiance à parler de cette demande avec nous, à consulter vos informations et à agir en votre nom concernant les questions liées à cette demande, y compris l'obtention d'informations pour votre demande et la signature de cette demande en votre nom.

Cette personne s'appelle un « représentant autorisé ». Si vous souhaitez changer de représentant autorisé, contactez la Division des Services à la Famille et à l'Enfance (DFCS) au 1-877-423-4746. Si vous êtes un représentant légalement nommé pour une personne concernée par cette demande, soumettez une preuve avec la demande.

1. Nom du représentant autorisé (prénom, deuxième prénom, nom de famille)		
2. Adresse		3. N° d'appartement
4. Ville	5. État	6. Code postal
7. Numéro de téléphone () -		
8. Nom de		9. N° d'identifiant (le cas échéant)
En signant, vous autorisez cette personne à signer votre demande, à obtenir des informations officielles concernant cette demande et à agir en votre nom sur tous les sujets futurs impliquant ce service.		
10. Votre		11. Date (mm/jj/aaaa)

Réservé aux conseillers, guide, agents et intermédiaires agréés pour cette demande.

Remplissez cette section si vous êtes un conseiller, guide, agent ou intermédiaire agréé qui remplit cette demande pour le compte d'une autre personne.

1. Date de début de la demande (mm/jj/aaaa)	
2. Prénom, deuxième prénom, nom et suffixe	
3. Nom de	4. N° d'identifiant (le cas échéant)



AVEZ-VOUS BESOIN D'AIDE CONCERNANT VOTRE DEMANDE ? Veuillez vous rendre à l'adresse [Compass.ga.gov](https://www.compass.ga.gov) ou nous appeler au 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-877-423-4746. Si vous avez besoin d'aide dans une langue autre que l'anglais, veuillez appeler le 1-877-423-4746 et indiquer au représentant du service à la clientèle la langue dont vous avez besoin. Nous vous aiderons gratuitement. Les utilisateurs ATS doivent appeler le 1-800-255-0135.



AUTORISATION DE REPRÉSENTATION DU PATIENT

DE : (NOM DU CLIENT) _____

Par la présente, je désigne, nomme et autorise R1 Care Coverage, ses agents et employés (collectivement les « Représentants ») à me représenter et agir en mon nom devant toute institution médicale, institution financière, compagnie d'assurance-vie, lieu de travail, Département des services sociaux du comté/de l'État, l'Administration de la sécurité sociale, institution de santé mentale et l'Administration des anciens combattants dans le but d'obtenir ou de modifier des prestations de soins de santé pour moi et/ou les membres de mon foyer.

Je consens expressément à la divulgation à mes Représentants de tous les dossiers hospitaliers, rapports médicaux et psychiatriques (y compris, le cas échéant, les rapports relatifs à la drogue, à l'alcool et au VIH/sida), toutes les informations financières (y compris les relevés bancaires, les polices d'assurance-vie et la documentation sur l'emploi/la rémunération) et tous les autres documents et informations me concernant et/ou concernant les membres de mon foyer sous la garde de ces entités.

Je comprends que certains des dossiers et rapports concernés peuvent inclure des informations sur la toxicomanie, la santé mentale, le statut VIH et d'autres maladies transmissibles. Certaines de ces informations doivent rester confidentielles conformément à toutes les lois fédérales et étatiques et à la loi HIPAA sur la confidentialité modifiée le 14 août 2002. Je certifie avoir reçu une copie de l'avis de politique de confidentialité R1 tel que requis par la loi.

Par la présente, je renonce à toute exigence de confidentialité déterminée par les représentants de R1 Care Coverage et je divulguerais ces informations uniquement aux personnes ayant un lien direct avec mon dossier. Les informations obtenues ou divulguées seront soumises à une durée non supérieure à la durée raisonnable d'obtention et de divulgation de ces informations.

DONNÉES DE SÉCURITÉ SOCIALE : J'autorise et attribue également à R1 Care Coverage le droit de recueillir des informations auprès de l'Administration de la sécurité sociale et/ou du conseiller juridique afin de valider ou d'obtenir des informations me concernant ou concernant tout membre de ma famille lié à mon dossier.

**Nom (en caractères
d'imprimerie)**

Signature

Date

Adresse

Ville

État

Code postal

Téléphone

Ascension St. Vincent's

**Hôpital / Date d'admission
de signer)**

Signature du témoin (si le patient est dans l'incapacité

Représentant de Care Coverage

Numéro de compte



INSTRUCTIONS : Veuillez fournir deux contacts supplémentaires auxquels R1 RCM Inc. peut parler en votre nom concernant votre dossier d'assurance maladie/Medicaid/Medicare :

AUTORISATION DE DISCUTER DE LA COUVERTURE DES SOINS DE SANTÉ

Par la présente, j'autorise R1 RCM Inc. à utiliser ou à divulguer des informations relatives à ma couverture de soins de santé avec les personnes nommées ci-dessous. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que la couverture des soins de santé soit approuvée, qu'une décision finale déterminant que je ne suis pas admissible à une couverture de soins de santé soit prise, ou que je retire cette autorisation en fournissant un avis écrit à R1 RCM Inc.

Nom : _____

Relation avec le patient : _____

Téléphone : _____

Nom : _____

Relation avec le patient : _____

Téléphone : _____

Nom du patient (en caractères d'imprimerie) Signature Date

Personne donnant l'autorisation si autre que le patient Signature Date
Adresse _____

Ville État Code postal Téléphone

Ascension St. Vincent's
Hôpital / Date d'admission Signature du témoin (si le patient est dans l'incapacité de signer)

Représentant R1 RCM, Inc.