

Cher(ère) Patient(e)/Demandeur(eresse),

La compassion est le moteur du Système d'Alexian Brothers Health, opérant en tant que filiales d'Ascension Illinois 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 patient(e)s. 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.

Veuillez joindre à votre demande une copie d'au moins l'un des éléments suivants comme preuve de vos revenus. Si vous êtes marié(e) ou avez vécu avec un(e) 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 2 derniers bulletins de salaire provenant de l'employeur.
- Copies de la dernière déclaration d'impôts annuelle (si vous êtes indépendant(e), 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 (la) demandeur(eresse) 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

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 :

Ascension Illinois PFS  
Attention: Financial Assistance Department  
PO Box 74008855  
Chicago, IL 60674-8855

Si vous avez des questions au sujet de cette demande, veuillez appeler l'un de nos Représentants des patient(e)s au 833-272-7585.

Cordialement,

Patient Financial Services  
Ascension Illinois

# Aide financière :

## Formulaire de demande

**Important :** VOUS POUVEZ OBTENIR UNE AIDE GRATUITE OU À TAUX RÉDUIT : Le fait de remplir la demande aidera le Système d'Alexian Brothers Health, opérant en tant que filiales d'Ascension Illinois 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, dont Medicaid. Fournir un numéro de Sécurité Sociale n'est pas obligatoire, mais il aidera le Système d'Alexian Brothers Health, opérant en tant que filiales d'Ascension Illinois à déterminer si vous êtes ou pas admissible pour un programme public. Pour toutes questions de la demande marquées comme « facultative(s) », votre réponse (ou non-réponse) n'aura pas d'impact sur l'issue de la demande.

Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer au Système d'Alexian Brothers Health, opérant en tant que filiales d'Ascension Illinois en personne, par courrier, e-mail ou fax 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 demandes 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 le Système d'Alexian Brothers Health, opérant en tant que filiales d'Ascension Illinois, à déterminer si le (la) patient(e) 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 du Système d'Alexian Brothers Health, opérant en tant que filiales d'Ascension Illinois en faisant parvenir vos questions ou inquiétudes au 833-272-7585.

Les réclamations ou les inquiétudes quant à la procédure de demande de remise pour le (la) patient(e) ou la procédure d'aide financière hospitalière peuvent être présentées au Health Care Bureau (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 (la) patient(e)

*(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 \_\_\_\_\_

Nom complet (prénom et nom) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ État civil \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

*Facultatif - Identité de genre – Vous voyez-vous comme :*  Homme  Femme  homme transgenre/homme trans/en transition femme vers homme (FTM)  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 (la) patient(e) ci-dessus est la personne responsable, ne remplissez pas cette section.)*

Nom complet (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 (la) conjoint(e) responsable

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

Nom complet (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 (la) patient(e) 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 (de la) demandeur(eresse)

Indemnisation de salarié

Revenu du (de la) conjoint(e) du demandeur(eresse)

Revenus d'intérêts/dividendes

Prestations de sécurité sociale

Pension alimentaire pour enfant reçue \_\_\_\_\_

Revenu de pension/retraite

Pension alimentaire reçue \_\_\_\_\_

Pension d'invalidité

Revenus locatifs \_\_\_\_\_

Indemnités de chômage

Bons alimentaires \_\_\_\_\_

Distribution du fonds fiduciaire reçue \_\_\_\_\_

Autres revenus \_\_\_\_\_

Revenu mensuel brut total \_\_\_\_\_

## Dépenses mensuelles

Les patient(e)s qui sont censés être admissibles à l'aide financière comme décrit dans la Politique d'aide financière D'Ascension Illinois n'ont pas à remplir cette section.

Crédit immobilier / loyer

Commodités

Téléphone (fixe)

Téléphone portable

Alimentation

Câble/internet/TV satellite

Prêt automobile

Garde d'enfants

Pension alimentaire pour enfant(s) / pension

alimentaire \_\_\_\_\_

Cartes de crédit \_\_\_\_\_

factures de médecin/ d'hôpital \_\_\_\_\_

Assurance auto \_\_\_\_\_

assurance domicile \_\_\_\_\_

assurance médicale/de santé \_\_\_\_\_

Assurance vie \_\_\_\_\_

Autre dépense mensuelle \_\_\_\_\_

Total des dépenses mensuelles \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

compte d'épargne santé/compte de dépenses flexible \_\_\_\_\_

J'autorise le Système d'Alexian Brothers Health, opérant en tant que filiales d'Ascension Illinois à obtenir des informations auprès d'agences externes d'évaluation de 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, d'aide fédérale ou locale auquel je peux avoir droit pour aider à payer mes dépenses sanitaires. Je comprends que les informations fournies peuvent être vérifiées par le Système d'Alexian Brothers Health, opérant en tant que filiales d'Ascension Illinois, et j'autorise le Système d'Alexian Brothers Health, opérant en tant que filiales d'Ascension Illinois à contacter des tiers pour vérifier la véracité des informations fournies dans cette demande. Je comprends 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 (de la) Demandeur(eresse) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Remarques** \_\_\_\_\_