

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 833-272-7581.

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)

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

Prestations de sécurité sociale

Revenu de pension/retraite

Pension d'invalidité

Indemnités de chômage

Indemnisation de salarié

Revenus d'intérêts/dividendes

Pension alimentaire pour enfant reçue _____

Pension alimentaire reçue _____

Revenus locatifs _____

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	Pension alimentaire pour enfant(s) / pension alimentaire _____
Commodités				Cartes de crédit _____
Téléphone			(fixe)	factures de médecin/ d'hôpital _____
Téléphone			portable	Assurance auto _____
Alimentation				assurance domicile _____
Câble/internet/TV			satellite	assurance médicale/de santé _____
Prêt			automobile	Assurance vie _____
Garde			d'enfants	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 _____

Lettre de soutien

Numéro du dossier médical/numéro de compte du (de la) patient(e) _____

Nom de la personne apportant le soutien _____

Lien de parenté avec le (la) patient(e)/demandeur(eresse) _____

Adresse de la personne apportant le soutien _____

À Ascension Illinois :

Cette lettre a pour but d'informer que (nom du (de la) patient(e)) _____
ne reçoit que peu ou pas de revenus et que je l'aide à couvrir ses frais de subsistance.
Il/elle/ils/elles n'a (ont) 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 la personne apportant le soutien _____

Date _____

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 3 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

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.

Veuillez 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.

Veuillez 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 833-272-7581.

Cordialement,

Patient Financial Services
Ascension Illinois