

## Instructions pour le formulaire de demande de soins caritatifs/d'aide financière

Demande d'aide financière (également connue sous le nom de soins caritatifs) à Providence.

**Les lois fédérales et étatiques exigent que tous les hôpitaux fournissent une aide financière** aux personnes et aux familles qui remplissent certaines conditions de revenu. Vous pouvez bénéficier de soins gratuits ou à prix réduit en fonction de la taille de votre famille et de vos revenus, même si vous avez une assurance maladie. Pour consulter notre politique d'aide financière et nos directives d'échelle à diapositives, veuillez vous rendre sur le site Web de votre État de résidence à partir de <https://www.providence.org/obp>.

**Qu'est-ce qui est couvert par l'aide financière?** L'aide financière médicale couvre les soins médicalement nécessaires fournis par l'un de nos hôpitaux ou cliniques au sein de notre famille d'organisations en fonction de votre admissibilité. L'aide financière peut ne pas couvrir tous les coûts des soins de santé, y compris les services fournis par d'autres organisations.

Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide pour remplir cette demande : Nos politiques d'aide financière, des informations sur les programmes et les documents d'inscription sont disponibles sur notre site Web ou par téléphone. Vous pouvez obtenir de l'aide pour tout sujet, y compris l'assistance linguistique et pour les handicaps. Documents écrits traduits disponibles sur demande. Pour nous joindre : <https://www.providence.org/obp>

Représentants du service à la clientèle à : 503-215-7575 or 855-229-6466

Du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00

Pour que votre demande soit traitée, vous devez :

- Nous donner des informations sur votre famille**  
Indiquez le nombre de membres de votre famille dans votre foyer (la famille comprend les personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble)
- Fournissez-nous des informations sur le revenu mensuel brut de votre famille (revenu avant impôts et déductions) en soumettant des talons de paie, des formulaires W-2, des déclarations de revenus, des lettres de prestations de sécurité sociale et des déclarations de revenus provenant d'actifs, et déclarez et fournissez des documents pour les actifs.**<sup>1</sup> (voir la section Revenu de la demande d'aide financière pour plus d'exemples)
- Joindre des informations supplémentaires si nécessaire**
- Signez et datez le formulaire d'aide financière**

**Remarque : Vous n'êtes pas obligé de fournir un numéro de sécurité sociale pour demander de l'aide financière.** Si vous nous fournissez votre numéro de sécurité sociale, votre numéro de sécurité sociale peut être utilisé pour vous identifier ou utilisé pour vérifier les informations qui nous sont fournies. Si vous n'avez pas de numéro de sécurité sociale, veuillez cocher « sans objet » ou « NA ».

**Envoyez la demande dûment remplie avec tous les documents à :** Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA. Assurez-vous de conserver une copie pour vos dossiers.

<sup>1</sup> Sauf si la loi de l'État l'interdit, Providence collectera et examinera les informations relatives aux actifs, comme exigé par Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) pour les rapports sur les coûts de Medicare.



**Pour soumettre votre demande dûment remplie en personne :** Apportez-le au bureau du conseiller financier de votre hôpital le plus proche. Nous vous informerons de la décision finale sur l'éligibilité et des droits d'appel, le cas échéant, de 14 à 30 jours suivant la réception d'une demande d'aide financière complète, y compris les justificatifs de revenus.

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

**Nous voulons aider. Veuillez soumettre votre candidature rapidement. Vous pouvez continuer à recevoir des relevés de facturation jusqu'à ce que nous recevions votre demande dûment remplie et les documents requis, sauf si les lois sur les soins caritatifs de votre État l'interdisent.**

**Formulaire de demande de soins caritatifs/d'aide financière - confidentiel**

*Veillez remplir complètement tous les champs. Si le point en question ne s'applique pas à votre situation, écrivez « NA ». Joignez des pages supplémentaires si nécessaire.*

**RENSEIGNEMENTS DE DÉPISTAGE**

Avez-vous besoin d'un interprète?  **Oui**  **Non** *Si oui, indiquez la langue préférée :*

Le patient a-t-il fait une demande de Medicaid ?  **Oui**  **Non** Le patient est-il aveugle ?  **Oui**  **Non** Le patient est-il handicapé ?  **Oui**  **Non**

Le patient reçoit-il des services publics de l'État tels que TANF, Basic Food ou WIC?  **Oui**  **Non**

Le patient est-il actuellement sans abri ?  **Oui**  **Non**

Le besoin de soins médicaux du patient est-il lié à un accident de voiture ou à une blessure au travail?  **Oui**  **Non**

**VEUILLEZ NOTER**

- Nous ne pouvons garantir que vous serez admissible à l'aide financière, même si vous en faites la demande.
- Une fois que vous avez envoyé votre candidature, nous pouvons vérifier toutes les informations et demander des informations supplémentaires ou une preuve de revenu.
- Dans les 14 à 30 jours suivant la réception de votre demande dûment remplie et de vos documents, nous vous informerons de notre décision.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT ET LE DEMANDEUR**

Prénom du patient	Deuxième prénom du patient	Nom de famille du patient	
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez, si vous le souhaitez )	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale du patient (facultatif)	
Personne responsable du paiement de la facture	Relation avec le patient	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale (facultatif)
Adresse postale		Numéro(s) de contact principal(s) ( ) _____ ( ) _____ Courriel : _____	
Ville	État	Code Postal	

Statut d'emploi de la personne responsable du paiement de la facture

**Employé** (date d'embauche) : \_\_\_\_\_  **Sans emploi** (depuis combien de temps sans emploi) : \_\_\_\_\_

**Travailleur autonome**  **Étudiant**  **Handicapé**  **Retraité**  **Autre** \_\_\_\_\_

**INFORMATION FAMILIALE**

Énumérez les membres de votre famille dans votre foyer, y compris vous. Le terme « famille » comprend les personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble.

**TAILLE DE VOTRE FAMILLE** \_\_\_\_\_  
nécessaire

*Joindre une page supplémentaire si*

Nom	Date de naissance	Relation avec le patient	Si 18 ans ou plus : Nom de l'employeur ou de la source de revenu	Si 18 ans ou plus : Revenu mensuel brut total (avant impôts) :	Vous demandez également de l'aide financière?
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non

**Tous les revenus des membres adultes de la famille doivent être divulgués. Les sources de revenus comprennent, par exemple :**

Salaires - Chômage - Travail indépendant - Indemnisation de travailleurs - Invalidité - SSI - Pension alimentaire pour enfants / conjoints - Programmes d'études professionnelles (étudiants) - Revenus tirés d'actifs, par exemple - actions, obligations, compte de retraite individuel (IRA), fonds communs de placement, revenus locatifs, etc.

**Formulaire de demande de soins caritatifs/d'aide financière - confidentiel**

**INFORMATIONS SUR LE REVENU**

*À NOTER : Vous devez inclure une preuve de revenu avec votre demande.*

**Vous devez fournir des informations sur les revenus de votre famille. La vérification des revenus est nécessaire pour déterminer l'aide financière. Tous les membres de la famille âgés de 18 ans ou plus doivent divulguer leurs revenus. Si vous ne pouvez pas fournir de justificatifs, vous pouvez soumettre une déclaration écrite signée décrivant vos revenus. Veuillez fournir une preuve pour chaque source de revenu identifiée.**

**Voici des exemples de preuves de revenus :**

- Une déclaration de retenue à la source « W-2 »; ou
- Talons de paie actuels (3 mois); ou
- La déclaration de revenus de l'année dernière, y compris les annexes, le cas échéant; ou
- Déclarations écrites et signées d'employeurs ou d'autres personnes; ou
- Relevés des revenus tirés des actifs (actions, obligations, IRA, fonds communs de placement, etc.); ou
- Approbation/refus d'éligibilité à l'indemnisation du chômage.

Si vous n'avez aucune preuve de revenu ou aucun revenu, veuillez joindre une page supplémentaire avec une explication.

**INFORMATIONS SUR LES DÉPENSES**

*Nous utilisons ces informations pour obtenir une image plus complète de votre situation financière.*

Frais de subsistance essentiels mensuels :

Loyer/hypothèque	\$ _____	Frais médicaux	\$ _____
Primes d'assurance médicale	\$ _____	Services publics	\$ _____
Autres dettes/dépenses \$ _____ (pension alimentaire, prêts, médicaments, autres)			

**INFORMATIONS SUR LES ACTIFS**

*Ces informations ne peuvent être utilisées que conformément à notre politique et aux réglementations de l'État dans lequel vous avez reçu des soins et sont collectées et considérées comme requises par Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) pour le registre des coûts de Medicare.*

Solde actuel du compte chèques  
\$ \_\_\_\_\_

Solde actuel du compte d'épargne  
\$ \_\_\_\_\_

Votre famille possède-t-elle ces autres actifs ? **Veuillez cocher tout ce qui s'applique**

- Actions    Obligations    401K    Compte(s) d'épargne santé    Fiducie(s)
- Propriété (à l'exclusion de votre résidence principale)
- Propriétaire d'une entreprise

**INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

Veuillez joindre une page supplémentaire s'il existe d'autres informations sur votre situation financière actuelle que vous souhaitez que nous connaissions, telles que des difficultés financières, des frais médicaux excessifs, un revenu saisonnier ou temporaire ou une perte personnelle.

**ACCÉPTATION DU PATIENT**

Je comprends que Providence peut vérifier les informations en faisant une étude des informations de crédit et en obtenant des informations auprès d'autres sources pour aider à déterminer l'admissibilité à une aide financière ou à des entente de paiement.

J'affirme que les informations ci-dessus sont vraies et correctes à ma connaissance. Je comprends que si les informations financières que je donne sont jugées fausses, le résultat peut être un refus d'aide financière, et je peux être responsable et devoir payer pour les services fournis.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date