

Numéro du dossier médical du patient : _____

www.osfhealthcare.org
VEUILLEZ JOINDRE LES COPIES DES DOCUMENTS NÉCESSAIRES SUIVANTS, PUIS REMPLISSEZ ET SIGNEZ LE FORMULAIRE DE DEMANDE :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Copies des 2 bulletins de paie des 30 derniers jours pour tout revenu déclaré | <input type="checkbox"/> Envoyez une lettre décrivant votre situation financière |
| <input type="checkbox"/> Copies des déclarations de chômage des 30 derniers jours | <input type="checkbox"/> Copies des prestations de sécurité sociale (le cas échéant) |

 Avez-vous présenté une déclaration d'impôt fédéral ? Pour demander une copie de vos impôts, veuillez composer le 1-800-829-1040 (transcription officielle, **aucun formulaire manuscrit accepté**)

- Oui - Merci d'envoyer les déclarations de revenus fédérales les plus récentes ainsi que les annexes correspondantes
 Non - Merci d'expliquer pourquoi :

 J'ai sollicité ou je solliciterai une aide médicale fédérale ou étatique (**non requise dans les sites du NHSC**)

- Oui (veuillez fournir le numéro de suivi ou la lettre de refus) Non - Je ne suis pas citoyen Non - Revenus supérieurs à la limite Non - Autre raison, veuillez préciser _____

AUTRES REVENUS MENSUELS (Veuillez joindre les copies des documents justificatifs de ces revenus)

Autres salaires	Revenus divers	Pensions d'invalidité	Pensions alimentaires
Retraite	Revenus fonciers	Prestations au profit des anciens combattants	Chômage

PATIENT(E)/PARTIE RESPONSABLE (non requise dans les sites du NHSC) Veuillez cocher l'une des réponses ci-dessous : Célibataire Marié(e) Veuf(ve)

 Divorcé(e) Séparé(e) légalement (documentation requise, sauf dans les sites du NHSC)

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Numéro de sécurité sociale (non requis dans les sites du NHSC):	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)
---	--	----------------------------------

Adresse du / de la patient(e)

Numéro de téléphone :	Statut d'emploi : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Travailleur(se) indépendant(e) <input type="checkbox"/> Au chômage <input type="checkbox"/> Étudiant(e) <input type="checkbox"/> Retraité(e)	Fréquence de paiement : <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Bimestriel	Êtes-vous déclaré(e) sur une autre déclaration de revenus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir la déclaration de revenus de ceux qui vous déclarent.
-----------------------	--	--	---

Taille du foyer (Patient(e), conjoint(e) et personnes à charge)	Nom et adresse de l'employeur		
---	-------------------------------	--	--

Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA)	Au chômage : (JJ/MM/AAAA) De : À :	Revenu mensuel brut moyen : (Montant avant impôts) \$	SSI / SSDI mensuel : \$
--------------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------

Les informations suivantes sont demandées mais pas obligatoires

Origine : (Pas obligatoire)	Ethnie : (Pas obligatoire)	Sexe : (Pas obligatoire)	Langue préférée : (Pas obligatoire)
-----------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------------

CONJOINT(E) (le cas échéant)

 Veuillez cocher une réponse : Célibataire Marié Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) légalement (**documentation requise, sauf dans les sites du NHSC**)

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Numéro de sécurité sociale (non requis dans les sites du NHSC):	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)
---	--	----------------------------------

Numéro de téléphone :	Statut d'emploi : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Travailleur(se) indépendant(e) <input type="checkbox"/> Au chômage <input type="checkbox"/> Étudiant(e) <input type="checkbox"/> Retraité(e)	Fréquence de paiement : <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Bimestriel	Êtes-vous déclaré(e) sur une autre déclaration de revenus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir la déclaration de revenus de ceux qui vous déclarent.
-----------------------	--	--	---

Taille du foyer (Patient(e), conjoint(e) et personnes à charge)	Nom et adresse de l'employeur :		
---	---------------------------------	--	--

Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA)	Au chômage : (JJ/MM/AAAA) De : À :	Revenu mensuel brut moyen : (Montant avant impôts) \$	SSI / SSDI mensuel : \$
--------------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------

Les informations suivantes sont demandées mais pas obligatoires

Origine : (Pas obligatoire)	Ethnie : (Pas obligatoire)	Sexe : (Pas obligatoire)	Langue préférée : (Pas obligatoire)
-----------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------------

PERSONNES À CHARGE de moins de 18 ans (utiliser une feuille séparée s'il y a plus de 3 personnes à charge)

Nom complet	Lien avec le / la patient(e)	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Déclaré(e) comme personne à charge aux impôts	
1.			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3.			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Je certifie que les informations renseignées dans le présent formulaire de demande sont, à ma connaissance, véridiques et exactes. Je solliciterai toute aide étatique, fédérale ou locale à laquelle je pourrais avoir droit pour m'aider à régler la facture de l'hôpital (**non requise pour les sites du NHSC**). Je sais que les informations fournies peuvent être vérifiées par l'établissement hospitalier, et j'autorise ce dernier à contacter des tiers afin de vérifier la véracité des informations renseignées dans ce formulaire de demande. Je sais que si je fournis délibérément de fausses informations dans le présent formulaire de demande, je ne serai plus éligible à une aide financière, et que toute aide financière déjà octroyée pourra être annulée, et je serai responsable du paiement de la facture émise par l'établissement hospitalier.

SIGNATURE REQUISE POUR LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Signature(s) du/de la patient(e) / partie responsable	Date
---	------

Très cher/chère patient(e),

Nous savons que certain(es) de nos patient(es) ont besoin d'aide afin de payer leurs factures médicales éligibles.

Les informations renseignées dans ce formulaire de demande nous aideront à déterminer si vous pouvez ou non prétendre à une aide financière, quelle qu'elle soit.

Si vous avez des questions ou des doutes concernant notre demande d'aide financière, vous pouvez nous contacter au (800) 421-5700 ou (309) 683-6750. Les réclamations ou les questions concernant les demandes de rabais pour les patients non-assurés, ou les demandes d'aide financières peuvent être adressées au Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (Bureau des soins de santé du procureur général de l'Illinois) joignable 1-877-305-5145 (ATS : 1-800-964-3013).

Merci de faire confiance à OSF Healthcare pour vos besoins de santé et pour votre bien-être. Notre privilège est de vous servir avec le plus grand soin et la plus grande attention.



OSF
HEALTHCARE

www.osfhealthcare.org

Veillez renseigner ce formulaire de demande et envoyer tous les documents requis à OSF HealthCare.

P.O. Box 1712

Peoria, IL 61656-1701

OSF HealthCare Patient Services financiers
(Illinois et Michigan)

(800) 421-5700 ou

(309) 683-6750

Fax (309) 308-3963

2265 W Altorfer Road

Peoria, IL 61615-1807

OSF Home Infusion Pharmacy

Home Infusion Pharmacy:

(800) 446-3009

OSF Home Medical Equipment

Home Medical Equipment:

(877) 795-0416

Veillez retourner votre demande renseignée au cours des 240 jours suivant votre premier relevé de facturation, en choisissant l'une de ces trois options :

- Envoyez votre demande via votre compte OSF MyChart. (Si vous n'avez pas de compte OSF MyChart, veuillez nous contacter afin que nous vous aidions à en créer un.)
- Visitez le lien osfhealthcare.org/billing pour solliciter une « aide financière ». Sur cette page, vous pouvez remplir la demande et télécharger les documents demandés.
- Imprimez et remplissez votre demande sur papier puis envoyez-la accompagnée des copies de vos documents par courrier, par fax ou en les déposant directement à n'importe quel bureau OSF.

Pour postuler à une aide financière, vous aurez besoin des documents suivants.

- Copie de votre déclaration de revenus la plus récente
- Copie des formulaires W-2 et 1099 les plus récents
- Copies des 2 dernières fiches de paie
- Attestation de revenus écrite de l'employeur si vous êtes payé(e) en espèces
- Un autre justificatif pour la vérification des revenus par un tiers jugé acceptable par OSF HealthCare.

Important :

VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER DE SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT :

Renseignez ce formulaire de demande afin d'aider OSF HealthCare à déterminer si vous pouvez recevoir des services à prix réduit ou gratuits ou bénéficier d'autres programmes publics pouvant vous aider à couvrir les frais de vos soins de santé.

SI VOUS N'ÊTES PAS ASSURÉ(E), IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE DISPOSER D'UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE POUR BÉNÉFICIER DES SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT.

Il est néanmoins obligatoire de disposer d'un numéro de sécurité sociale pour certains programmes publics, notamment Medicaid. Il n'est pas impératif de fournir un numéro de sécurité sociale, mais cela aidera l'établissement hospitalier à déterminer si vous pouvez bénéficier des programmes publics.

Le/la patient(e) reconnaît avoir communiqué en toute bonne foi toutes les informations demandées dans le formulaire de demande, afin d'aider l'établissement hospitalier à déterminer si/elle peut bénéficier d'une aide financière.

Si le/la patient(e) répond aux critères d'éligibilité présumée ou si/elle est plutôt éligible au vu de son revenu familial, il/elle ne sera pas tenu(e) de remplir la section du formulaire de demande relative aux dépenses mensuelles.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. OSF HealthCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. OSF HealthCare postępuje zgodnie z obowiązującymi federalnymi prawami obywatelskimi i nie dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność bądź płeć.

**DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
AUPRÈS D'OSF HEALTHCARE**