

VEUILLEZ FOURNIR DES COPIES DE L'UN DES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS DE REVENUS. VEUILLEZ SIGNER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Copies des 2 bulletins de paie des 30 derniers jours pour tout revenu déclaré | <input type="checkbox"/> Lettre décrivant votre situation financière (facultatif dans les établissements du NHSC) |
| <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 demandé ou demanderai 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 – dépassant la limite autorisée
 Non – Autre raison, veuillez préciser pourquoi? _____

AUTRES REVENUS MENSUELS (Veuillez joindre des 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

BIENS-VALEUR ESTIMÉE DES BIENS (non requis sur les sites du NHSC)

Compte courant	Fonds communs de placement
Compte d'épargne	Voitures ou autres véhicules
Actions	Compte d'épargne santé / Compte d'épargne flexible
Certificats de dépôt	Biens immobiliers

DÉPENSES MENSUELLES (non requis dans les établissements du NHSC)

Logement	Garde d'enfants
Services publics	Prêts
Alimentation	Frais médicaux
Transport	Autre

Conformément à la loi de l'Illinois sur la facturation équitable aux patients (IL Fair Patient Billing Act), 77 I.A.C. 4500.30, l'OSF est tenu de recueillir des informations sur le patrimoine et les dépenses des patients qui sollicitent une aide financière

PATIENT/TUTEUR LÉGAL (Non requis dans les établissements du NHSC) Veuillez cocher une seule case : Célibataire Marié(e) Veuf / veuve Divorcé(e) Séparé(e) légalement (justificatif requis)

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) t(e) / partie responsable

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 la personne vous ayant déclaré(e) à charge.
-----------------------	---	---	--

Taille du foyer : (Patient(e), conjoint(e) et personne(s) 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 seule case : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) légalement (**justificatif requis, 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 la personne vous ayant déclaré(e) à charge.
-----------------------	---	---	--

Taille du foyer : (Patient(e), conjoint(e) et personne(s) 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 demanderai toute aide étatique, fédérale ou locale à laquelle je pourrais avoir droit afin d'aider à régler cette facture hospitalière (**non requis pour les sites du NHSC**). Je comprends 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
---	------

Cher/chère patient(e),

Nous comprenons que certains de nos patients puissent avoir besoin d'aide pour régler leurs traitements et leurs frais médicaux admissibles.

Les informations fournies dans ce formulaire de demande nous aideront à déterminer si vous êtes admissible à une aide financière.

Si vous avez des questions ou des questions ou des préoccupations concernant votre demande d'aide financière, vous pouvez nous contacter au (800) 421-5700 ou (309) 683-6750. Les plaintes ou les questions concernant les demandes de réduction 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 bienveillance.



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

OSF HealthCare Patient
Services financiers
(Illinois et Michigan)

P.O. Box 1712
Peoria, IL 61656-1701
(800) 421-5700 ou
(309) 683-6750
Fax (309) 308-3963

Pharmacie de perfusion à domicile OSF

Boite postale 1712
Peoria, IL 61656-1701
Pharmacie de perfusion à domicile :
(800) 446-3009

Matériel médical à domicile OSF

Matériel médical à domicile :
(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 que nous puissions vous aider 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 dans un établissement OSF.

Pour demander une aide financière, vous aurez besoin de **l'un** des documents suivants.

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

Important :

VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER DE SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT :

Remplissez ce formulaire de demande afin d'aider OSF HealthCare à déterminer si vous pouvez recevoir des services gratuits ou à prix réduit 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 D'AVOIR 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 obligatoire 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 le/la patient(e) est admissible à une aide financière.

Si le patient répond aux critères d'éligibilité présumée ou est autrement présumément éligible au vu du revenu familial du patient, le patient ne sera pas tenu 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 płęć.

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