



Formulaire de demande de soins caritatifs/d'aide financière - confidentiel
Veuillez remplir toutes les informations demandées. Si une question ne vous concerne pas, indiquez « S.O. ».
Joignez des pages supplémentaires si nécessaire.

INFORMATIONS D'ÉVALUATION

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

Le patient a-t-il demandé à bénéficier de Medicaid ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient bénéficie-t-il de services publics de l'État tels que le TANF, le Basic Food ou le WIC ?
☐ Oui ☐ Non

Le patient est-il actuellement sans domicile fixe ? ☐ Oui ☐ Non

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

REMARQUE

- Nous ne pouvons pas garantir que vous aurez droit à une aide financière, même si vous présentez une demande.
- Une fois que vous avez envoyé votre demande, nous pouvons vérifier toutes les informations et demander des informations manquantes.
- Cette demande sert à déterminer si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de soins caritatifs et de soins à prix réduit. Si vous demandez uniquement les soins à prix réduit, vous risquez de bénéficier d'une aide financière inférieure à celle qui pourrait vous être accordée dans le cadre de soins caritatifs.

INFORMATIONS SUR LE PATIENT ET LE DEMANDEUR

Prénom du patient		Deuxième prénom du patient		Nom du patient	
☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre (précisez si possible) _____		Date de naissance		☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) légalement ☐ Veuve ☐ Veuf	
Établissement :		Date du service		Numéro de la rencontre	
				Méthode de contact préférée : ☐ E-mail ☐ Téléphone ☐ Courrier	
Personne responsable du paiement de la facture		Lien avec le patient		Date de naissance	
				Numéro de sécurité sociale (facultatif)	
Adresse postale				Numéro(s) de contact principal(aux) () _____ () _____	
Ville				État	
				Code postal	
Situation professionnelle de la personne responsable du paiement de la facture					
☐ Employé(e) (date d'embauche : _____)					
☐ Au chômage (depuis combien de temps : _____)					
☐ Indépendant(e) ☐ Étudiant(e) ☐ Personne en situation de handicap ☐ Retraité(e)					

☐ Autre (si « Autre », veuillez préciser) : _____

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Dressez la liste des membres de votre famille, y compris vous-même.

Pour les patients de Californie et d'Hawaï : La notion de « famille » est définie comme suit : (i) pour les personnes âgées de 18 ans et plus, le conjoint ou la conjointe, le concubin ou la concubine, les enfants à charge âgés de moins de 21 ans, ou de tout âge s'ils sont en situation de handicap, qu'ils vivent ou non au domicile familial, et (ii) pour les personnes âgées de moins de 18 ans ou, dans le cas d'un enfant à charge âgé de 18 à 20 ans, le parent, les proches qui en ont la charge, ainsi que les autres enfants du parent ou du proche qui en a la charge, âgés de moins de 21 ans ou de tout âge s'ils sont en situation de handicap.

Pour les patients de l'Oregon : Par « ménage », on entend :

(A) Une personne seule, ou (B) des conjoints, des concubins, ou un parent et un enfant de moins de 18 ans vivant ensemble ; **et** toute autre personne dont la responsabilité financière est assumée par une personne seule, un conjoint ou une conjointe, un concubin ou une concubine ou un parent.

TAILLE DU MÉNAGE/DE LA FAMILLE _____

Nom	Date de naissance	Lien avec le patient	Si vous avez 18 ans ou plus : nom de l'employeur ou source de revenus	Si vous avez 18 ans ou plus : revenu mensuel brut total (avant impôts) :	Demande également une aide financière ?
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non

Joignez une page supplémentaire si nécessaire.

Les revenus de tous les membres adultes de la famille doivent être déclarés. Les sources de revenus comprennent, par exemple :

- Salaires - Chômage - Travail indépendant - Indemnisation des accidents du travail - Invalidité - SSI
- Pension alimentaire pour enfant/conjoint - Programmes d'études (étudiants) - Pension
- Distributions de comptes de retraite - Autre (veuillez préciser)

INFORMATIONS SUR LES REVENUS

N'OUBLIEZ PAS : Vous devez joindre un justificatif de revenus à 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 déclarer leurs revenus. Si vous ne pouvez pas fournir de documents, vous pouvez soumettre une déclaration écrite et signée décrivant vos revenus.

Afin de déterminer votre éligibilité à l'aide financière, les justificatifs de revenus requis seront limités aux documents suivants :

- o Des bulletins de salaire récents du ménage datant de moins de 6 mois avant ou après la première facturation du patient (ou lors de la soumission de la demande en amont des soins) ou
- o une copie de la déclaration de revenus fédérale (formulaire 1040) du patient et de son/sa conjoint(e) ou concubin(e) pour l'année de la première facturation ou les 12 mois précédant celle-ci.

Vous pouvez fournir d'autres justificatifs de revenus si vous le souhaitez, mais Adventist Health n'exige aucun justificatif supplémentaire. Par exemple, si vous n'avez pas de justificatif de revenus ou si vous n'avez pas de revenus, veuillez joindre une page supplémentaire avec une explication.

RESPONSABILITÉ CIVILE D'UN TIERS

Un tiers est-il responsable des frais liés à vos soins ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, veuillez identifier ce tiers : _____

INFORMATIONS SUR LES DÉPENSES (*facultatif*)

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

Dépenses mensuelles du ménage :

Loyer/prêt immobilier \$ _____	Frais médicaux \$ _____
Primes d'assurance \$ _____	Frais de services publics \$ _____
Autres dettes/dépenses \$ _____ (pension alimentaire, prêts, médicaments, autres)	

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (*facultatif*)

Veuillez joindre une page supplémentaire si vous souhaitez nous communiquer d'autres informations sur votre situation financière actuelle, telles que des difficultés financières, des frais médicaux excessifs, des revenus saisonniers ou temporaires, ou une perte personnelle.

ACCORD DU PATIENT

Je comprends qu'Adventist Health peut vérifier les informations en examinant les informations de crédit et en obtenant des informations d'autres sources pour aider à déterminer l'éligibilité à l'aide financière ou aux plans de paiement.

J'affirme que les informations ci-dessus sont vraies et correctes à ma connaissance. Je comprends que si les informations financières que j'ai fournies s'avèrent fausses, il peut en résulter un refus d'aide financière et je peux être responsable des services fournis et être tenu de les payer.

Signature du demandeur

Date

COMMENT ENVOYER VOTRE DEMANDE

Pour toute question, veuillez appeler le (844-827-5047).

Veuillez renvoyer le formulaire dûment rempli par courrier à l'adresse suivante :

Adventist Health,
Attn: Patient Access
726 4th Street, Marysville, CA 95901

OU

Veuillez renvoyer le formulaire dûment rempli par e-mail à l'adresse suivante :

AHFinAsst@ah.org