

Demande de soins caritatifs/assistance financière

Chers patient et famille,

Conformément à notre mission et à nos principes fondamentaux, nous nous engageons à fournir des soins de santé à toute personne, qu'elle soit ou pas en mesure de payer.

Nos soins caritatifs/notre assistance financière :

Il peut être difficile de régler les factures médicales. Les patients qui ne sont pas en mesure de régler une partie ou la totalité de leurs services de soins de santé peuvent faire une demande d'assistance financière en remplissant et en renvoyant le présent formulaire. Les patients et les familles qui remplissent certains critères en matière de revenus peuvent prétendre à des soins gratuits ou à prix réduit, en fonction de la taille de leur famille et de leurs revenus, même s'ils possèdent une assurance maladie.

Pour consulter notre politique en matière d'assistance financière et les lignes directrices en matière de barème dégressif, veuillez visiter le site internet réservé aux résidents de l'État :

<https://www.providence.org/obp>

Que couvre l'assistance financière ? L'assistance financière couvre les services médicaux nécessaires fournis par nos ministères, en fonction de votre admissibilité. L'assistance financière peut ne pas couvrir tous les frais de soins de santé, notamment les services fournis par d'autres organisations.

Si vous avez des questions ou que vous avez besoin d'aide pour remplir votre demande : vous pouvez vous procurer nos politiques d'assistance financière, les informations concernant nos programmes et les formulaires de demande sur notre site internet ou par téléphone. Vous pouvez obtenir de l'aide pour n'importe quel motif, y compris un handicap ou une assistance linguistique. Voici comment nous contacter :

<https://www.providence.org/obp>

Nos conseillers du service client au : 503 215 3030 ou 866 747 2455 du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00

Pour que votre demande soit traitée, vous devez :

- Fournir des renseignements concernant votre famille**
Indiquez le nombre de membres de votre famille dans votre foyer (La famille inclut des personnes qui ont un lien de parenté par naissance, mariage ou adoption et qui vivent ensemble.)
- Fournir des renseignements concernant le revenu mensuel brut de votre famille** (le revenu avant impôts et déductions)
- Déclarer vos ressources** (voir le formulaire de demande d'assistance financière)
- Joindre des informations complémentaires, le cas échéant**
- Signer et dater la demande d'assistance financière**

****Vérification obligatoire de la source de revenus****

Veuillez joindre à votre demande une copie des documents suivants :

- les fiches de salaire des trois derniers mois ;
- une déclaration de revenus récente de tous les membres de la famille ;
- une preuve de toutes les autres sources de revenus répertoriées dans le formulaire de demande d'assistance financière.

Remarque : vous n'êtes pas dans l'obligation de fournir un numéro de sécurité sociale pour demander une assistance financière. Si vous nous précisez votre numéro de sécurité sociale, cela nous permettra de traiter votre demande plus rapidement. Les numéros de sécurité sociale servent à vérifier les renseignements qui nous sont fournis. Si vous n'avez pas de numéro de sécurité sociale, veuillez indiquer la mention « Sans objet ».

Envoyez la demande dûment remplie et tous les documents requis par courrier à (n'oubliez pas de conserver une copie dans votre dossier) :

<https://www.providence.org/obp>

PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395

Pour déposer votre demande dûment remplie en personne : vous pouvez vous rendre à la caisse de votre hôpital le plus proche

Nous vous informerons de notre décision concernant votre admissibilité et vos droits à un recours, le cas échéant, sous 14 jours civils à compter de la réception de votre demande d'assistance financière dûment remplie, accompagnée des pièces justificatives de vos revenus.

En déposant votre demande d'assistance financière, vous donnez votre accord pour que nous fassions les démarches nécessaires afin de confirmer vos obligations fiscales et les informations que vous nous avez fournies.

**Nous voulons vous aider. Veuillez déposer votre demande dans les plus brefs délais !
Vous pouvez recevoir des factures jusqu'à ce que nous recevions vos informations.**

Formulaire de demande de soins caritatifs/assistance financière - confidentiel

*Veillez fournir toutes les informations en intégralité. Si une mention ne vous concerne pas, portez la mention « Sans objet ».
Joignez des pages supplémentaires, le cas échéant.*

INFORMATIONS DE SÉLECTION

Avez-vous besoin d'un(e) interprète ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si vous répondez « Oui », précisez la langue que vous préférez :</i>
Le patient a-t-il fait une demande de Medicaid ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Il faudra éventuellement faire cette demande avant de pouvoir être considéré(e) pour une assistance financière</i>
Le patient bénéficie-t-il de services publics tels que TANF, Basic Food ou WIC ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient est-il actuellement sans abri ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les besoins du patient en matière de soins médicaux sont-ils liés à un accident de voiture ou du travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VEUILLEZ NOTER QUE

- Nous ne pouvons pas garantir que vous serez accepté(e) pour une assistance financière, même si vous en faites la demande.
- Une fois que vous aurez envoyé votre demande, nous pourrons vérifier toutes les informations et vous demander des renseignements complémentaires ou un justificatif de revenu.
- Sous 14 jours civils à compter de la réception de votre demande dûment remplie et des documents, nous vous indiquerons si vous êtes admissible à une assistance.

INFORMATIONS SUR LE PATIENT ET LE DEMANDEUR

Prénom du patient	Deuxième prénom du patient	Nom du patient
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre (possibilité de préciser _____)	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale (facultatif*) <i>*facultatif, mais nécessaire pour une assistance plus généreuse, supérieure aux exigences des lois de l'État</i>
Personne responsable du règlement de la facture	Lien avec le patient	Date de naissance
Adresse postale _____ _____ _____ Ville État Code postal		Numéro(s) principal (principaux) pour un contact () _____ () _____ Adresse électronique : _____
Statut professionnel de la personne responsable du règlement de la facture		
<input type="checkbox"/> Salarié (date d'embauche : _____) <input type="checkbox"/> Chômeur (au chômage depuis combien de temps ? _____) <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre (_____)		

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Citez les membres de votre famille dans votre foyer, y compris vous-même. La « famille » inclut des personnes qui ont un lien de parenté par naissance, mariage ou adoption et qui vivent ensemble.

TAILLE DE LA FAMILLE _____

Joignez une page supplémentaire, le cas échéant.

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

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

- Salaire - Chômage - Travail indépendant - Indemnités d'accident du travail - Handicap - Indemnités de sécurité sociale
- Pension alimentaire pour enfant/conjoint(e) - Programme en alternance (étudiants) - Pension - Distributions de compte de retraite
- Autre (prière de préciser _____)

Formulaire de demande de soins caritatifs/assistance financière - confidentiel

INFORMATIONS SUR LES REVENUS

N'OUBLIEZ PAS : vous devez joindre un justificatif de revenu à votre demande.

Vous devez fournir des informations sur les revenus de votre famille. La vérification des revenus est obligatoire afin de permettre de définir l'assistance financière.

Tous les membres de la famille qui ont 18 ans et plus doivent déclarer leurs revenus. Si vous n'êtes pas en mesure de fournir des documents, vous devez envoyer une déclaration écrite signée, décrivant vos revenus. Veuillez fournir un justificatif de chaque source de revenus identifiée.

Les exemples de justificatif de revenu sont notamment :

- une annexe de retenue « W-2 » ; ou
- des fiches de salaire actuelles (trois mois) ; ou
- la déclaration de revenus de l'année précédente, y compris les formulaires, le cas échéant ; ou
- des déclarations écrites et signées des employeurs ou autres ; ou
- l'approbation/le refus de l'admissibilité pour Medicaid et/ou l'assistance médicale financée par l'État ; ou
- l'approbation/le refus de l'admissibilité aux indemnités de chômage.

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

INFORMATIONS SUR LES DÉPENSES

Nous utilisons ces informations pour avoir une vue complète de votre situation financière.

Dépenses mensuelles du foyer :

Loyer/crédit	_____ USD	Frais médicaux	_____ USD
Primes d'assurance	_____ USD	Factures de services publics	_____ USD
Autres dettes/dépenses	_____ USD	<i>(pension alimentaire pour un enfant, prêts, médicaments, autres)</i>	

INFORMATIONS SUR LES RESSOURCES

Ces informations peuvent être utilisées si votre revenu est supérieur à 200 % des Lignes directrices fédérales sur la pauvreté.

Solde actuel du compte courant	_____ USD	Votre famille possède-t-elle d'autres ressources ?
Solde actuel du compte-épargne	_____ USD	Cochez toutes les réponses applicables
		<input type="checkbox"/> Actions <input type="checkbox"/> Obligations <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Compte(s) épargne santé
		<input type="checkbox"/> Fonds en fiducie <input type="checkbox"/> Biens immobiliers (à l'exclusion de la résidence principale)
		<input type="checkbox"/> Propriétaire d'une société

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Veuillez joindre une page supplémentaire si vous souhaitez nous communiquer d'autres informations concernant votre situation financière actuelle, comme des difficultés financières, des revenus saisonniers ou provisoires, une perte personnelle.

CONSENTEMENT DU PATIENT

Je comprends que Providence Health & Services peut vérifier les informations fournies en consultant les informations de crédit et en obtenant des informations auprès d'autres sources, afin de permettre de déterminer l'admissibilité à une assistance financière ou des plans de paiement.

J'affirme que, à ma connaissance, les informations suscitées sont véridiques et correctes. Je comprends que s'il est prouvé que les informations que j'ai fournies sont fausses, l'assistance financière me sera refusée et je serai responsable du paiement des services fournis.

Signature du demandeur

Date