

VEUILLEZ JOINDRE DES COPIES DES DOCUMENTS REQUIS SUIVANTS, PUIS REMPLIR ET SIGNER LE FORMULAIRE DE DEMANDE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Copies de 2 bulletins de paie de 30 jours pour tous les revenus déclarés | <input type="checkbox"/> Présenter une lettre décrivant votre situation financière |
| <input type="checkbox"/> Copies des déclarations de chômage pour 30 jours | <input type="checkbox"/> Copies des prestations de sécurité sociale (le cas échéant) |

Avez-vous présenté une déclaration d'impôt fédéral ? Pour obtenir une copie de vos impôts, veuillez appeler le numéro 1-800-829-1040 (relevé officiel, **pas de formulaires manuscrits**)

- Oui – Veuillez envoyer la déclaration de revenus fédérale la plus récente et les annexes correspondantes
 Non – Veuillez en expliquer la raison:

- J'ai déposé ou je déposerai une demande d'aide médicale fédérale ou d'État Oui (fournir n° de suivi ou lettre de refus)
 Non–Non-citoyen Non–Revenu supérieur Non–Autre raison, 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

PATIENT/PARTIE RESPONSABLE Veuillez cocher une case : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) de corps (documents requis)

Nom: (prénom, deuxième prénom, nom de famille) Numéro de sécurité sociale: Date de naissance: (MM/JJ/AAAA)

Adresse du patient/de/la partie responsable:

Numéro de téléphone:	Situation 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 paie: <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Bimensuelle	Êtes-vous déclaré sur une autre déclaration de revenus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, fournir la déclaration de revenus de ceux qui vous ont déclaré.</i>
----------------------	--	--	---

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

Date d'embauche: (MM/JJ/AAAA)	Chômage: (MM/JJ/AAAA) Du: Au:	Revenu mensuel brut moyen: (montant avant impôts) \$	SSI/SSDI mensuel: \$
-------------------------------	----------------------------------	---	-------------------------

CONJOINT (le cas échéant)

Veuillez cocher une case : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) de corps (documents requis)

Nom: (prénom, deuxième prénom, nom de famille) Numéro de sécurité sociale: Date de naissance: (MM/JJ/AAAA)

Numéro de téléphone:	Situation 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 paie : <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Bimensuelle	Êtes-vous déclaré sur une autre déclaration de revenus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, fournir la déclaration de revenus de ceux qui vous ont déclaré.</i>
----------------------	--	---	--

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

Date d'embauche: (MM/JJ/AAAA)	Chômage: (MM/JJ/AAAA) Du: Au:	Revenu mensuel brut moyen: (montant avant impôts) \$	SSI/SSDI mensuel: \$
-------------------------------	----------------------------------	---	-------------------------

PERSONNES À CHARGE de moins de 18 ans (utiliser une feuille séparée si plus de 3 personnes à charge)

Nom complet	Relation	Date de naissance (MM/DD/YYYY)	Déclaré(e) comme personne à charge dans les déclarations d'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 toutes les aides d'État, fédérales ou locales auxquelles je peux prétendre pour m'aider à m'acquitter de cette facture d'établissement hospitalier. Je comprends que les informations fournies puissent être vérifiées par l'établissement hospitalier, et j'autorise par ailleurs l'établissement hospitalier à contacter des tiers afin de vérifier la véracité des informations renseignées dans ce formulaire de demande. Je comprends que si je renseigne délibérément de fausses informations dans le présent formulaire de demande, je ne serai plus éligible à une aide financière, 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 patient/partie responsable Date

Très cher patient,

Chez OSF HealthCare, nous savons que nos patients sont préoccupés par le paiement de leurs frais médicaux. Cette demande vise à apaiser vos inquiétudes en ce qui concerne le paiement des factures de l'établissement hospitalier, du médecin/de la clinique ou relatives à des soins à domicile.

Les informations renseignées dans ce formulaire de demande nous aideront à déterminer si vous pouvez ou non prétendre à quelque type d'aide financière. OSF utilisera les informations renseignées dans ce formulaire de demande pour déterminer si vous êtes éligible à la réduction accordée aux patients non assurés, à un paiement provenant d'autres sources, ou si vous pouvez bénéficier du programme d'aide financière

Si vous avez des questions, vous pouvez consulter notre site Web sur osfhealthcare.org ou appeler notre bureau. Nous serons heureux de vous aider!

Cordialement,
Les Soeurs du Troisième Ordre de Saint-François



OSF[®]

HEALTHCARE

www.osfhealthcare.org

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

OSF HealthCare Patient Financial Services (comprend MI)
P.O. Box 1701,
Peoria, IL 61656-1701
(800) 421-5700 or
(309) 683-6750
Télocopie: (309) 308-3963

OSF – Services pharmaceutiques de perfusion à domicile
2265 W. Altorfer Road,
Peoria, IL 61615-1807
Home Infusion Pharmacy:
(800) 446-3009

OSF – Équipement médical à domicile
Home Medical Equipment:
(877) 795-0416

Veillez remplir ce formulaire de demande et l'envoyer au plus tard 240 jours suivant votre premier relevé de facturation.

- Rendez-vous sur OSF MyChart pour remplir le formulaire de demande et télécharger les documents (si vous n'avez pas de compte OSF MyChart et avez besoin d'aide pour le configurer, vous pouvez appeler notre bureau pour obtenir de l'aide – c'est facile !) ou
- Consultez le site Web d'OSF au osfhealthcare.org pour remplir un formulaire de demande d'aide financière et télécharger les documents requis, ou
- Remplissez ce formulaire de demande sur papier, joignez-y des copies des documents requis et envoyez-les-nous par courrier postal, par télécopie ou en les déposant dans un établissement d'OSF.

Tout patient non assuré peut solliciter une réduction octroyée aux patients non assurés. Pour ce faire, il convient de remplir ce formulaire de demande et d'envoyer l'un des documents suivants à des fins de vérification du revenu familial. Vous pouvez également prétendre à l'aide financière d'OSF. Il faudra dans ce cas envoyer certains documents supplémentaires (consulter le formulaire de demande pour en savoir plus).

- Une copie de votre déclaration de revenus la plus récente
- Une copie de vos formulaires W-2 et 1099 les plus récents
- Une copie de vos 2 dernières fiches de paie
- En cas de paiement en liquide, une attestation de revenu écrite émanant de l'employeur
- Une autre forme raisonnable d'attestation de revenu tiers jugée acceptable par OSF HealthCare.

Important:

VOUS POURRIEZ PRÉTENDRE À DES SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT:

Remplissez ce formulaire de demande afin d'aider OSF HealthCare à déterminer si vous pouvez prétendre à 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. Veuillez présenter ce formulaire de demande à l'établissement hospitalier.

SI VOUS N'ÊTES PAS ASSURÉ, IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE DISPOSER D'UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE POUR PRÉTENDRE À 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.

Veillez remplir ce formulaire de demande et le transmettre via OSF MyChart, en personne, par poste, par courrier électronique ou par télécopie pour solliciter des soins gratuits ou à prix réduit dans les 240 jours suivant la date d'envoi du premier relevé de facturation au patient.

Le patient reconnaît avoir communiqué en toute bonne foi toutes les informations demandées dans le formulaire de demande, afin d'aider l'établissement hospitalier à déterminer s'il peut bénéficier d'une aide financière.

Si le patient répond aux critères de présomption d'éligibilité ou est autrement présumé éligible au vu de son revenu familial, il 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 płeć.

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