

MRN (n° de dossier médical) du patient : _____

VEUILLEZ JOINDRE DES COPIES DES DOCUMENTS REQUIS SUIVANTS, PUIS REMPLIR ET SIGNER 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 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 expliquer pourquoi: _____

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(E) / PARTIE RESPONSABLE

Veuillez cocher ci-dessous: Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Légalement séparé(e) (document requis)

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

Adresse du / de la patient(e) _____

Numéro de téléphone :	Situation professionnelle: <input type="checkbox"/> Travail à plein temps <input type="checkbox"/> Travail à temps partiel <input type="checkbox"/> Travailleur(euse) indépendant(e) <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Élève <input type="checkbox"/> Retraité(e)	Fréquence de la paie: <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bi-hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Bi-mensuelle	Êtes-vous déclaré(e) sur une autre déclaration de revenus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournir la déclaration de revenus de ceux qui vous ont déclaré(e).
-----------------------	--	--	---

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

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

Les informations suivantes sont demandées mais pas obligatoires

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

CONJOINT(E) (le cas échéant)

Veuillez cocher une réponse: Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Légalement séparé(e) (document requis)

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

Numéro de téléphone :	Situation professionnelle: <input type="checkbox"/> Travail à plein temps <input type="checkbox"/> Travail à temps partiel <input type="checkbox"/> Travailleur(euse) indépendant(e) <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Élève <input type="checkbox"/> Retraité(e)	Fréquence de la paie: <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bi-hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Bi-mensuelle	Êtes-vous déclaré(e) sur une autre déclaration de revenus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournir la déclaration de revenus de ceux qui vous ont déclaré(e).
-----------------------	--	--	---

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

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

Les informations suivantes sont demandées mais pas obligatoires

Origine : (Pas obligatoire)	Ethnie : (Pas obligatoire)	Sexe : (Pas obligatoire)	Langue privilégiée : (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 (MM/JJ/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 fournies sur ce 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 fournis délibérément de fausses informations dans ce 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(e) / partie responsable	Date
---	------

Très cher / chère patient(e),

Nous comprenons 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 questions concernant les demandes de rabais pour les patients non-assurés, ou les demandes d'aide financières peuvent être envoyées au Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (Bureau des soins de santé du procureur général de l'Illinois) au 1-877-305-5145 (TTY 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 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
Télécopie (309) 308-3963

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

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

Veillez retourner votre demande complétée 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.)
- Consultez osfhealthcare.org/billing, et plus précisément la page "financial assistance" pour « 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 faire une demande d'aide financière, vous aurez besoin des documents suivants.

- 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 POUVEZ BÉNÉFICIER DE 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 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 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.

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 s'il peut bénéficier d'une aide financière.

Si le / la patient(e) répond aux critères d'éligibilité présumée ou est autrement présumé(e) éligible au vu du revenu familial du / de la patient(e), le / la patient(e) 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**