

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

www.osfhealthcare.org

*J'ai bénéficié d'une aide financière d'OSF au cours des 12 derniers mois. Oui/Non de quel établissement ? _____

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

N° de sécurité sociale (non requis si vous n'êtes pas assuré(e)) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ N° de téléphone : _____

Le patient était-il un résident de l'État de l'Illinois lorsqu'il a reçu les soins ? Oui Non

Employeur : _____ N° de téléphone : _____

Conjoint(e)/Partenaire/Parent/Tuteur(-trice) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ N° de téléphone : _____

Employeur : _____ N° de téléphone : _____

Célibataire Marié(e) Veuf(-ve) Divorcé(e) Séparé(e) légalement Autre _____

Nombre de personnes à charge _____ Montant mensuel d'obligation alimentaire payé \$ _____

Informations financières et revenus

SOURCE :	Nombre de patients/fréquence	Nombre de conjoint(e)s/partneraires/parents/tuteurs(-trices)/fréquence
Salaire/Indemnité de chômage/d'accident du travail	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Revenu d'entreprise/Travailleur indépendant	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
SS/SSI/SSD	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Obligation alimentaire/Pension alimentaire/Hébergement	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Vétérans : pension, invalidité, indemnité, autre	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Invalidité privée	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Retraite, pension	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Revenus en intérêts ou dividendes (marché monétaire, bourse, obligations, certificat de dépôts, fonds commun de placement, etc.)	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Soutien/aide publique	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
Autre revenu : _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____

(cochez toutes les options pertinentes)

WIC SNAP LIHEAP IL Free Lunch & Breakfast

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 peuvent 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 à dessin des informations fausses 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(s) : _____ Date : _____

*Découvrez la loi « Hospital Uninsured Patient Discount Act » de l'État de l'Illinois, et accédez en ligne à des informations générales sur les versements et les aides financières, à l'adresse suivante : www.osfhealthcare.org

Cher/chère patient(e),

Chez OSF HealthCare, nous savons que nos patients se soucient de leur traitement médical, mais également qu'ils se soucient du paiement de leurs frais médicaux. Ce formulaire vise à répondre à vos préoccupations concernant le paiement de vos frais d'hôpital, de médecin/clinicien ou de soins à domicile. Les informations renseignées dans ce formulaire de demande seront utilisées afin de déterminer si vous pouvez ou non prétendre à quelque forme d'aide financière. Dans un premier temps, la législation de l'État de l'Illinois prévoit l'octroi d'une réduction à tous les patients de l'État de l'Illinois non assurés répondant aux critères définis. Dans un second temps, nous utiliserons les informations que vous nous communiquez dans le but de vous aider à bénéficier d'une aide financière auprès d'autres sources. Enfin, nous proposons l'aide financière d'OSF. Il s'agit d'une contribution d'OSF HealthCare, visant à aider les personnes répondant aux critères définis à s'acquitter de leurs frais.

Avez-vous des questions à poser à propos de l'aide financière d'OSF ou des modalités de cette aide ? Le personnel d'OSF HealthCare se tient à votre disposition et peut vous aider.

Les coordonnées de tous les établissements hospitaliers et services de soins à domicile OSF de l'État de l'Illinois (« OSF Patient Accounts and Access Center-PAAC »), de l'OSF Medical Group et de l'établissement hospitalier d'OSF à Escanaba, Michigan, figurent au verso de ce formulaire.

Pour obtenir un formulaire de demande d'aide financière, veuillez nous appeler ou consulter notre site Web, à l'adresse osfhealthcare.org.

Cordialement,

The Sisters of the Third Order of St. Francis



OSF
HEALTHCARE

www.osfhealthcare.org

Vous devez remplir ce formulaire de demande, l'imprimer et envoyer toutes les pages à l'établissement désigné ci-dessous.

OSF HealthCare Patient Accounts and Access Center (PAAC)
P.O. Box 1701,
Peoria, IL 61656-1701 - États-Unis
(800) 421-5700 ou
(309) 683-6750

OSF HealthCare Medical Group Offices-Patient Accounts
P.O. Box 1806,
Peoria, IL 61656-1806 - États-Unis
(800) 589-6070 ou
(309) 683-5990

OSF HealthCare St. Francis Hospital & Medical Group in Escanaba, MI-Patient Accounts
3401 Ludington St., Escanaba,
MI 49829-1377 - États-Unis
(906) 786-5707 ext. 5550

OSF Home Infusion Pharmacy
2265 W. Altonfer Road,
Peoria, IL 61615-1807 - États-Unis
Home Infusion Pharmacy :
(800) 446-3009

OSF Home Medical Equipment
Home Medical Equipment :
(877) 795-0416

Tout résident de l'État de l'Illinois non assuré peut solliciter une réduction octroyée aux patients non assurés de l'État de l'Illinois. Pour ce faire, il convient de remplir ce formulaire de demande et d'envoyer l'un des documents suivants à des fins de vérification des revenus familiaux. En cas de demande d'aide financière auprès d'OSF, OSF HealthCare pourra exiger des documents complémentaires.

- 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 attestation de revenu tiers, sous format raisonnable, jugée acceptable par l'établissement hospitalier

Exclusivement réservé à OSF HealthCare

Revenu familial brut	
Taille de la famille légale	
Signature	Date

Important :

VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER DE SOINS À PRIX RÉDUIT OU GRATUITS :

Rempissez 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 vous acquitter de vos soins de santé. Veuillez faire parvenir ce formulaire de demande à l'établissement hospitalier.

SI VOUS N'ÊTES PAS ASSURÉ(E), VOUS NE DEVEZ PAS NÉCESSAIREMENT FOURNIR UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE POUR BÉNÉFICIER DE SOINS À PRIX RÉDUIT OU GRATUITS.

Il est néanmoins obligatoire de disposer d'un numéro de sécurité sociale pour certains programmes publics, notamment Medicaid. Vous n'êtes pas obligé(e) de communiquer un numéro de sécurité sociale, toutefois cela aidera l'établissement hospitalier à déterminer si vous pouvez bénéficier de programmes publics.

Veuillez remplir ce formulaire et le faire parvenir à l'établissement hospitalier en mains propres, par courrier postal, par courrier électronique, ou par télécopie, afin de solliciter des soins gratuits ou à prix réduit, dans un délai de 240 jours à compter de la date d'envoi de la première facture adressée 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 si le patient peut bénéficier d'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 płeć.

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