Aide financière
Instructions relatives au formulaire de demande

Ce formulaire est une demande d'aide financière (également connue sous le nom de soins de bienfaisance) à PeaceHealth.

PeaceHealth fournit une aide financière conformément aux exigences de l'État et du gouvernement fédéral aux personnes et aux familles qui remplissent certaines conditions de revenus. Vous pouvez bénéficier de soins gratuits ou à prix réduit en fonction de la taille de votre famille et de vos revenus, même si vous avez une assurance maladie. Pour consulter la politique d'assistance financière de PeaceHealth et obtenir des informations complémentaires, veuillez consulter le site **peacehealth.org**.

Que couvre l'aide financière ?
L'aide financière à l'hôpital couvre les services hospitaliers appropriés fournis par PeaceHealth en fonction de votre admissibilité. L'aide financière peut ne pas couvrir tous les coûts des soins de santé, notamment les services fournis par d'autres organisations.

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire : veuillez contacter le service client au 877 202 3597. Vous pouvez obtenir de l'aide pour n'importe quelle raison, y compris pour un handicap ou une assistance linguistique.

Pour que votre demande soit traitée, vous devez :

- nous fournir des informations sur votre famille. Indiquez le nombre de membres de votre famille (la famille comprend les personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble) ;
- nous fournir des informations sur le revenu mensuel brut de votre famille (revenu avant impôts et déductions) ;
- fournir des documents attestant du revenu familial ;
- joindre des informations supplémentaires si nécessaire ;
- signer et dater le formulaire.

Envoyez par courrier, par e-mail ou par télécopie votre demande dûment complétée et accompagnée de tous les documents requis à l'adresse suivante : PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632. E-mail : financialassistance@peacehealth.org Fax: (360) 729 3047. Assurez-vous d'en conserver un exemplaire pour vos dossiers personnels.

Pour déposer votre demande dûment remplie en personne : veuillez contacter le service client pour connaître le lieu de dépôt le plus proche au 877 202 3597.

Nous vous informerons de la décision finale d'admissibilité et de vos droits de recours, le cas échéant, dans les 14 jours calendaires suivant la réception d'une demande d'aide financière complète, y compris les documents attestant de vos revenus.

En soumettant une demande d'aide financière, vous consentez à ce que nous effectuions les recherches nécessaires pour confirmer les obligations financières et les informations.

Nous voulons vous aider. Veuillez soumettre votre demande rapidement ! Il se peut que vous receviez des factures jusqu'à ce que nous recevions vos informations.

PeaceHealth

22-ADMIN-373800

Formulaire de demande d'aide financière auprès de PeaceHealth - *CONFIDENTIEL*

Veuillez fournir une réponse à chaque question. Si une question ne s'applique pas à votre situation, veuillez inscrire « Sans objet ». Joignez des pages supplémentaires si nécessaire.

VEUILLEZ ENVOYER LA DEMANDE DÛMENT REMPLIE À L'ADRESSE PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

Numéro du garant

INFORMATIONS DE CIBLAGE

Avez-vous besoin d'un interprète? ❑ **Oui** ❑ **Non** *Si oui, indiquez votre langue préférée :* _____

Le/la patient(e) bénéficie-t-il/elle de services d'aide publique comme Medicaid, TANF, Basic Food ou WIC ? (FACULTATIF) ❑ **Oui** ❑ **Non**

Le/la patient(e) est-il/elle actuellement sans domicile fixe ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

Le besoin de soins médicaux du/de la patient(e) est-il lié à un accident de voiture ou à un accident du travail ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

VEUILLEZ NOTER

- *Nous ne pouvons pas garantir que vous pourrez bénéficier d'une aide financière, même si vous en faites la demande.*
- *Une fois votre demande envoyée, nous pourrons vérifier toutes les informations et demander des informations supplémentaires ou des justificatifs de revenus.*

INFORMATIONS SUR LES PATIENTS ET LES DEMANDEURS

Prénom du/de la patient(e)	Deuxième prénom du/de la patient(e)		Nom du/de la patient(e)
❑ Homme ❑ Femme ❑ Autre *Préciser (facultatif) :* _____	Date de naissance		Numéro de Sécurité sociale (facultatif)
Personne responsable du paiement de la facture	Lien avec le/la patient(e)	Date de naissance	*Remarque : il n'est pas nécessaire de fournir un numéro de Sécurité sociale pour demander une aide financière.*
Adresse			Numéro(s) du ou des contacts principaux _____ _____ _____) _____ Adresse électronique :
Ville	État	Code postal	

Situation professionnelle de la personne responsable du paiement de la facture

❑ **Employé(e)** *Date d'embauche :* ❑ **Sans emploi** *Durée du chômage :*

❑ **Indépendant(e)** ❑ **Étudiant(e)** ❑ **En invalidité** ❑ **Retraité(e)** ❑ **Autre :**

INFORMATIONS RELATIVES À LA FAMILLE

Énumérez les membres de votre famille, y compris vous-même. La « famille » comprend les personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble. **TAILLE DE LA FAMILLE** *Utilisez une feuille de papier supplémentaire au besoin.*

Nom	Date de naissance	Lien avec le/la patient(e)	Si la personne est âgée d'au moins 18 ans : nom du ou des employeurs ou source de revenu	Si la personne est âgée d'au moins 18 ans : revenu mensuel brut total (avant impôts) :	Cette personne demande-t-elle également une aide financière ?

Les revenus de tous les membres adultes de la famille doivent être déclarés et la preuve doit être jointe à la demande dûment remplie. Voici des exemples de sources de revenus :

■ Salaires ■ Chômage ■ Activité indépendante ■ Indemnisation des accidents du travail ■ Invalidité ■ SSI ■ Pension alimentaire
■ Formation en alternance (étudiants) ■ Pension ■ Distributions de comptes de retraite ■ Autre *Veuillez expliquer :*

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Veuillez utiliser des pages supplémentaires 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 financière.

ACCORD DU/DE LA PATIENT(E)

- Je comprends que PeaceHealth peut vérifier les informations en examinant les informations de crédit et en obtenant des informations d'autres sources pour aider à déterminer l'admissibilité à l'aide financière ou aux plans de paiement.
- J'affirme que les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et correctes. Je comprends que si les informations que j'ai fournies se révèlent fausses, l'aide financière me sera refusée et je serai responsable et tenu(e) de payer les services fournis.
- En soumettant une demande d'aide financière, vous consentez à ce que nous effectuions les recherches nécessaires pour confirmer les obligations et les informations financières.

_____ _____

Signature de la personne à l'origine de la demande Date

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire : veuillez contacter le service client au 1 877 202 3597. Vous pouvez obtenir de l'aide pour n'importe quelle raison, y compris pour un handicap ou une assistance linguistique. Pour consulter la politique d'assistance financière de PeaceHealth et obtenir des informations complémentaires, veuillez consulter le site peacehealth.org.

VEUILLEZ ENVOYER LA DEMANDE DÛMENT REMPLIE À L'ADRESSE SUIVANTE : PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632