

# Aide financière

## Instructions relatives au formulaire de demande

Ce formulaire constitue une demande d'aide financière (également appelée « soins de bienfaisance ») auprès de PeaceHealth.

PeaceHealth fournit une aide financière conformément aux exigences étatiques et fédérales aux personnes et aux familles qui remplissent certaines conditions en matière 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 disposez d'une assurance maladie.

Pour consulter la politique d'aide financière de PeaceHealth et obtenir des informations complémentaires, veuillez consulter le site [peacehealth.org](http://peacehealth.org).

### Que prend en charge l'aide financière ?

L'aide financière à l'hôpital prend en charge les services hospitaliers appropriés fournis par PeaceHealth en fonction de votre admissibilité. L'aide financière peut ne pas prendre en charge 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 quelque raison que ce soit, notamment en cas de handicap ou pour bénéficier d'une assistance linguistique.

### Pour que votre demande soit traitée, vous devez :

- nous fournir des informations sur votre famille ;
- indiquer le nombre de membres de votre famille dans votre foyer (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 justificatifs du revenu familial ;
- joindre des informations supplémentaires si nécessaire ;
- signer et dater le formulaire.

**Remarque : il n'est pas nécessaire de fournir un numéro de Sécurité sociale pour demander une aide financière.** Si vous nous fournissez votre numéro de Sécurité sociale, cela permettra d'accélérer le traitement de votre demande. Nous utilisons les numéros de Sécurité sociale pour vérifier les informations qui nous sont fournies. Si vous n'avez pas de numéro de Sécurité sociale, veuillez cocher « sans objet » ou « SO ».

**Envoyez votre demande dûment remplie, accompagnée de tous les documents nécessaires, par courrier postal, par courriel ou par télecopie aux coordonnées suivantes :** PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074- 8632. Adresse électronique : [financialassistance@peacehealth.org](mailto:financialassistance@peacehealth.org) Télecopie : (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 au 877 202 3597 pour connaître le lieu de dépôt le plus proche.

Nous vous informerons de la décision finale d'admissibilité et de vos droits de recours, le cas échéant, dans les 14 jours civils suivant la réception de votre demande d'aide financière dûment remplie, accompagnée des documents justificatifs de votre revenu.

*En déposant une demande d'aide financière, vous nous autorisez à effectuer les recherches nécessaires pour confirmer vos obligations financières et les informations que vous nous avez fournies.*

Nous souhaitons vous aider. Veuillez déposer votre demande le plus rapidement possible ! Il se peut que vous receviez des factures avant que nous ayons reçu vos informations.

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 D'UMENT 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) bénéficia-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 ?  **Qui**  **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

VFUII | EZ 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)	
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre <i>Préciser (facultatif) :</i> _____	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale (facultatif)	
Personne responsable du paiement de la facture	Lien avec le/la patient(e)	Date de naissance	<i>Remarque : il n'est pas nécessaire de fournir un numéro de Sécurité sociale pour demander une aide financière.</i>
Adresse		Numéro(s) du ou des contacts principaux	
Ville	État	Code postal	_____ ) _____ _____ _____) _____ Adresse électronique : _____

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 :

## TIVES À LA FAMILLE

---

Personnes liées par la naissance. Le mariage

## **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 ■ Distributio ns 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](http://peacehealth.org).**

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