

## Instructions pour remplir le formulaire de demande de soins de bienfaisance/aide financière

Ce document est un formulaire de demande d'aide financière (également appelée soins de bienfaisance) à St. Joseph Health.

**Le droit fédéral et le droit d'État exigent que tous les hôpitaux offrent une aide financière** aux personnes et aux familles qui répondent à certains critères en matière de revenus. Selon la taille de votre famille et vos revenus, vous pouvez peut-être bénéficier de soins gratuits ou à prix réduit, même si vous avez une assurance-maladie. Pour consulter notre politique d'aide financière et les directives relatives à l'échelle dégressive, veuillez visiter le site Web spécifique à l'hôpital à partir de <https://www.stjhs.org>.

**Que couvre l'aide financière ?** Selon votre admissibilité au programme, l'aide financière médicale couvre les soins hospitaliers qui sont médicalement nécessaires et qui sont dispensés dans un de nos hôpitaux. L'aide financière risque de ne pas couvrir tous les frais de soins de santé, notamment des services fournis par d'autres organismes.

**Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire :** Nos politiques d'aide financière, des renseignements concernant les programmes et les documents de demande sont disponibles sur notre site Web ou par téléphone. Vous pouvez obtenir de l'aide pour quelque raison que ce soit, notamment en raison d'un handicap ou d'une aide linguistique. Une traduction écrite des documents est disponible sur demande.

Vous pouvez nous contacter à <https://www.stjhs.org/our-programs/patient-financial-assistance> ou appeler des représentants du service à la clientèle au **707-525-5228**

### **Pour que votre demande puisse être traitée, vous devez :**

- Nous fournir des renseignements sur votre famille**  
Indiquez le nombre de membres de la famille qui vivent chez vous (la famille comprend les personnes apparentées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble) ;
- Nous fournir des renseignements sur les revenus mensuels bruts de votre famille (avant imposition et déductions), en incluant les fiches de paie, les formulaires W-2, les déclarations de revenus, les courriers d'attribution de sécurité sociale, etc.**  
(voir la section Revenus de la demande d'aide financière pour obtenir d'autres exemples) ;
- Nous fournir des documents pour le revenu familial et déclarer les actifs ;**
- Joindre d'autres renseignements si besoin est ;**
- Signer et dater le formulaire de demande d'aide financière.**

**Remarque :** Vous n'êtes pas tenu(e) de fournir un numéro de sécurité sociale pour faire une demande d'aide financière. Cependant, le traitement de votre demande sera plus rapide si vous nous fournissez un numéro de sécurité sociale. Ce numéro nous sert à vérifier les renseignements qui nous sont fournis. Si vous ne disposez pas d'un numéro de sécurité sociale, veuillez indiquer « sans objet » ou « S/O ».

**Envoyez votre demande dûment remplie accompagnée de tous les documents à :** **Santa Rosa Memorial Hospital, Attn: Financial Assistance, P.O. Box 4119, Santa Rosa, CA 95402.** Assurez-vous d'en conserver une copie.

**Pour remettre votre demande dûment remplie en personne :** Veuillez vous présenter au bureau administratif.

Nous vous informerons de la décision finale d'admissibilité au programme et de vos droits d'appel, le cas échéant, dans les 30 jours après avoir reçu votre demande d'aide financière dûment remplie, accompagnée des documents justifiant les revenus.

En déposant une demande d'aide financière, vous nous donnez votre accord de faire les démarches nécessaires pour confirmer les obligations et informations financières vous concernant.

**Nous voulons vous aider. Déposez rapidement votre demande !  
Il est possible que vous receviez des factures avant que nous recevions les informations  
vous concernant.**

## Formulaire de demande de soins de bienfaisance/aide financière – confidentiel

Prière de répondre à toutes les questions. Si la question n'est pas applicable, indiquer « S/O ». Joindre des pages supplémentaires si besoin est.

### RENSEIGNEMENTS DE PRÉSÉLECTION

Avez-vous besoin d'un interprète ?  **Oui**  **Non** Si oui, indiquer la langue souhaitée :

Le patient a-t-il fait une demande pour Medicaid ?  **Oui**  **Non**

Le patient bénéficie-t-il de services publics comme TANF, Basic Food ou WIC ?  **Oui**  **Non**

Le patient est-il actuellement sans domicile fixe ?  **Oui**  **Non**

Les soins médicaux dont le patient a besoin sont-ils liés à un accident de voiture ou à un accident de travail ?  **Oui**  **Non**

### À NOTER

- Nous ne pouvons pas garantir que vous pourrez bénéficier de l'aide financière, même si vous en faites la demande.
- Lorsque vous aurez envoyé votre demande, nous pourrions vérifier tous les renseignements fournis et pourrions vous demander des renseignements complémentaires ou des preuves de revenus.
- Nous vous informerons si vous pouvez bénéficier d'une aide dans les 30 jours après avoir reçu votre demande dûment remplie accompagnée des documents justificatifs.

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT ET LE DEMANDEUR

1 <sup>er</sup> prénom du patient		2 <sup>ème</sup> prénom du patient		Nom de famille du patient	
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre (préciser le cas échéant _____)		Date de naissance		Numéro de sécurité sociale du patient (optionnel*)  <i>*optionnel, mais exigé pour une aide plus importante que celle requise par la loi d'État</i>	
Personne chargée de régler les factures		Relation avec le patient	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale (optionnel*)  <i>*optionnel, mais exigé pour une aide plus importante que celle requise par la loi d'État</i>	
Adresse postale				Numéro(s) de téléphone ( ) _____ ( ) _____ Adresse courriel : _____	
Ville		État		Code postal	
Situation d'emploi de la personne chargée de régler les factures <input type="checkbox"/> <b>Employé(e)</b> (date d'embauche : _____) <input type="checkbox"/> <b>Sans emploi</b> (depuis combien de temps : _____) <input type="checkbox"/> <b>Travailleur indépendant</b> <input type="checkbox"/> <b>Étudiant</b> <input type="checkbox"/> <b>Invalide</b> <input type="checkbox"/> <b>Retraité(e)</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre</b> (_____)					

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Énumérez les membres de la famille qui vivent chez vous, en vous incluant. « Famille » comprend les personnes apparentées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble.

TAILLE DE LA FAMILLE \_\_\_\_\_

Joindre des pages supplémentaires si besoin est.

Nom	Date de naissance	Relation avec le patient	Si âgé de 18 ans ou plus : Nom de l'employeur ou source de revenus	Si âgé de 18 ans ou plus : Revenu mensuel brut total (avant imposition) :	Fait aussi une demande d'aide financière ?
					Oui/Non

					Oui/Non
					Oui/Non
					Oui/Non

**Les revenus de tous les membres adultes de la famille doivent être communiqués. Les sources de revenus peuvent notamment inclure :**

- Salaires - Allocation chômage - Activité indépendante - Indemnité d'accident de travail - Invalidité - SSI - Pension alimentaire (pour enfant ou conjoint) - Programmes d'alternance études/travail (étudiants) - Retraite - Distributions de compte de retraite - Autre (*prière d'expliquer \_\_\_\_\_*)



## Formulaire de demande de soins de bienfaisance/aide financière – confidentiel

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS

**SOUVENEZ-VOUS :** Vous devez joindre une preuve de revenus à ce formulaire.

**Vous devez fournir des renseignements concernant les revenus de votre famille. Nous devons vérifier les revenus pour déterminer l'aide financière.**

**Tous les membres de la famille âgés de 18 ans ou plus doivent communiquer leurs revenus. Si vous ne pouvez pas fournir de documentation, vous pouvez remettre une déclaration écrite signée décrivant vos revenus. Veuillez fournir une preuve pour chaque source de revenus indiquée.**

**Des exemples de revenus comprennent :**

- Une déclaration de retenue à la source « W-2 » ; ou
- Des fiches de paie actuelles (3 mois) ; ou
- La déclaration de revenus de l'an dernier, y compris les formulaires supplémentaires joints, le cas échéant ; ou
- Des déclarations écrites signées des employeurs ou autres ; ou
- L'approbation/le rejet d'admissibilité au programme Medicaid et/ou à une aide médicale financée par l'État ; ou
- L'approbation/le rejet d'admissibilité à l'indemnité de chômage

Si vous ne disposez pas de revenu ou n'avez pas de preuve de revenus, veuillez joindre une page supplémentaire avec une explication.

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DÉPENSES

*Nous utilisons ces renseignements pour avoir une image plus précise de votre situation financière.*

**Dépenses mensuelles du ménage :**

Loyer/remboursements immobiliers \$ \_\_\_\_\_ Dépenses médicales \$ \_\_\_\_\_  
 Primes d'assurance \$ \_\_\_\_\_ Factures d'électricité et autres services collectifs \$ \_\_\_\_\_  
 Autres dettes ou dépenses \$ \_\_\_\_\_ (*pension alimentaire, emprunts, médicaments, autres*)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ACTIFS

*Ces renseignements peuvent être utilisés si vos revenus dépassent 101 % des directives du seuil de pauvreté fédéral.*

Solde actuel du compte courant

\$ \_\_\_\_\_

Solde actuel du compte d'épargne

\$ \_\_\_\_\_

Votre famille possède-t-elle d'autres actifs ?

**Veillez cocher toutes les réponses applicables**

- Actions  Obligations  401K  Compte(s) épargne santé   
 Compte(s) de fiducie  Biens (à l'exception de la résidence principale)  
 Commerce ou entreprise

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Veuillez joindre une page supplémentaire si vous souhaitez nous communiquer d'autres informations concernant votre situation financière, par exemple, des difficultés financières, des dépenses médicales excessives, des revenus saisonniers ou temporaires ou une perte personnelle.

**ACCORD DU PATIENT**

Je comprends que St. Joseph Health peut vérifier les renseignements communiqués en consultant les informations de crédit et en obtenant des informations d'autres sources afin de déterminer l'admissibilité à l'aide financière ou aux programmes de remboursement.

J'affirme qu'à ma connaissance les renseignements ci-dessus sont exacts et véridiques. Je comprends que s'il est déterminé que les renseignements financiers que j'ai communiqués sont faux, l'aide financière peut m'être refusée et je serai responsable du paiement pour les services reçus, dont je devrai m'acquitter.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne faisant la demande

\_\_\_\_\_  
Date