

MercyOne Genesis Demande d'aide financière

Merci d'avoir choisi MercyOne Genesis pour vos services de soins de santé. Afin de nous aider à déterminer si vous êtes admissible à une aide financière, veuillez remplir et retourner ce formulaire accompagné de copies des documents indiqués dans la demande.

- **Important :** VOUS POUVEZ ÊTRE ADMISSIBLE À DES SOINS GRATUITS OU À TARIF RÉDUIT : Le fait de remplir cette demande aidera Loyola Medicine à déterminer si vous pouvez bénéficier de services gratuits ou à tarif réduit, ou d'autres programmes publics pouvant contribuer au paiement de vos soins de santé. Veuillez soumettre cette demande à l'hôpital.
- **SI VOUS N'AVEZ PAS D'ASSURANCE, UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE N'EST PAS REQUIS POUR ÊTRE ADMISSIBLE À DES SOINS GRATUITS OU À TARIF RÉDUIT.** Cependant, un numéro de sécurité sociale est requis pour certains programmes publics, notamment Medicaid. La fourniture d'un numéro de sécurité sociale n'est pas obligatoire, mais elle aidera l'hôpital à déterminer si vous êtes admissible à des programmes publics.
- Veuillez remplir cette demande et la soumettre à l'hôpital en personne, par courrier, par courrier électronique ou par télécopie afin de demander des soins gratuits ou à tarif réduit dans les deux cent quarante **(240)** jours suivant la date de sortie de l'hôpital ou la réception de soins ambulatoires.
- Le patient reconnaît avoir fait un effort de bonne foi pour fournir tous les renseignements demandés dans cette demande afin d'aider l'hôpital à déterminer son admissibilité à une aide financière.
- **Actifs :** MercyOne Genesis ne tient pas compte des actifs pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière de l'hôpital. Vous n'êtes pas tenu de divulguer vos actifs dans le cadre de cette demande.
- **Remarque : Avis d'admissibilité présumée**
Les patients peuvent être jugés admissibles à une aide financière sans remplir cette demande en utilisant les méthodes d'admissibilité présumée autorisées par la législation de l'Illinois.

Les justificatifs de revenus pour un patient non assuré se limitent à l'un (1) des documents suivants :

(A) ☐ Une copie de la déclaration de revenus la plus récente avec ses annexes

(B) ☐ Une copie du formulaire W-2 le plus récent et des formulaires 1099

(C) ☐ Des copies des 2 relevés de paie les plus récents

(D) ☐ Une attestation écrite de revenus de l'employeur en cas de paiement en espèces

(E) ☐ Toute autre forme raisonnable de vérification des revenus par une tierce partie jugée acceptable par l'hôpital

Fournir les éléments suivants, le cas échéant

☐ [W-2 récent pour revenu saisonnier]

☐ [Prestations de chômage/de sécurité sociale]

☐ [Revenu de pension alimentaire pour enfants/pension alimentaire]

☐ [Aucun revenu – Remplir la section Lettre de soutien financier de la demande]

Renseignements sur le patient

[Nom du patient]

[Date de naissance]

[Numéro de sécurité sociale/EIN (facultatif)]

[Téléphone mobile]

[Autre téléphone]

[Adresse postale]

[Ville]

[État]

[Code postal]

[Adresse e-mail]

[Dans quel État résidez-vous ?]

[État civil (facultatif)]

☐ [Célibataire]

☐ [Marié(e)]

☐ [Divorcé(e)]

☐ [Autre] _____

[Produisez-vous une déclaration de revenus fédérale ?]

☐ [Oui] ☐ [Non]

[Si non, pourquoi ?]

[Pouvez-vous être déclaré comme personne à charge dans la déclaration de revenus d'une autre personne ?]

☐ [Oui] ☐ [Non]

[Vous ou vos personnes à charge aviez-vous une couverture d'assurance maladie au moment des soins ?]

☐ [Oui] ☐ [Non] [(Fournir une copie de la carte d'assurance)]

[Membres du ménage, y compris vous-même selon vos déclarations de revenus récentes]

[Date de naissance]

[Lien avec le patient]

[Déclaré dans la déclaration de revenus (Oui/Non)]

[Dépenses mensuelles : Indiquez les dépenses mensuelles du ménage]			
☐ Loyer ou prêt hypothécaire	☐ Services publics		
☐ Alimentation	☐ Pension alimentaire pour enfants/Pension alimentaire versée		
☐ Transport	☐ Paiement automobile		
☐ Garde d'enfants/Soins aux personnes à charge	☐ Autre		
Dépense mensuelle totale : _____			
[Vérification des revenus de tous les membres du ménage]			
[Source de revenu mensuel]	[Qui reçoit ce revenu ?]	[Revenu mensuel brut (avant impôts)]	[Source de revenu mensuel]
			[Qui reçoit ce revenu ?]
			[Revenu mensuel brut (avant impôts)]
[Sécurité sociale/Invalidité]			[Indemnisation des accidents du travail]
[Pension]			[Chômage]
[Travail indépendant]			[Pension alimentaire pour enfants/Pension alimentaire]
[Aide publique]			[Revenus locatifs fonciers]
[Autre]			
[Lettre de soutien financier - Doit être remplie uniquement par la personne fournissant le soutien]			
☐ [Je fournis plus de 50 % du soutien pour les frais de subsistance du patient, mais je ne suis pas en mesure d'aider au paiement des factures médicales.]			
☐ [En signant cette lettre, je certifie que la déclaration ci-dessus est exacte et que je ne pourrai en aucun cas être tenu responsable des factures du patient. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec moi au _____ (numéro de téléphone)]			
[Nom de la personne fournissant le soutien]			[Lien avec le patient]
[Signature de la personne fournissant le soutien]			[Date]

[VÉRIFICATION DES REVENUS ET DE L'IDENTITÉ]

[Je certifie que les renseignements indiqués dans cette demande sont véridiques et complets au meilleur de ma connaissance. Je présenterai une demande pour toute aide étatique, fédérale ou locale à laquelle je pourrais être admissible afin d'aider à payer cette facture hospitalière. Je comprends que les renseignements fournis peuvent être vérifiés par l'hôpital et j'autorise l'hôpital à communiquer avec des tiers afin de vérifier l'exactitude des renseignements fournis dans cette demande. Je comprends que si je fournis sciemment des renseignements inexacts dans cette demande, je ne serai pas admissible à une aide financière, toute aide financière qui m'aura été accordée pourra être annulée et je serai responsable du paiement de la facture hospitalière. Je comprends que les renseignements fournis sont susceptibles d'être vérifiés. Je serai tenu de rembourser tous les services fournis par les établissements affiliés à Trinity Health si les renseignements ci-dessus ont été fournis sous de faux prétextes.]

[Signature du patient] : _____

[Date] : _____

[Ou signature du représentant légal (le cas échéant)] : _____

[Date] : _____

[Lien avec le patient] : _____

[Date] : _____

[Veuillez envoyer votre demande à l'adresse ci-dessus, la transmettre par télécopieur au 312-871-3350 et/ou téléverser les documents par l'entremise de MyChart (portail patient) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre centre du service à la clientèle au 855-320-0111, du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h. HE.]

MercyOne Genesis Silvis/MercyOne Aledo Les préoccupations ou plaintes concernant le processus de demande d'aide financière ou le rabais accordé aux personnes non assurées peuvent être signalées au Healthcare Bureau du procureur général de l'Illinois au 1-877-305-5145/ <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>