

Community Hospital of San Bernardino Instructions pour le formulaire de Demande d'assistance financière

Ceci est une demande d'assistance financière dans un établissement *CommonSpirit Health*.

CommonSpirit Health offre une assistance financière aux personnes et aux familles qui remplissent certaines conditions de revenu. Vous pouvez bénéficier de soins gratuits ou de soins à prix réduit en fonction de la taille de votre famille et de vos revenus, même si vous avez une assurance maladie. L'assistance est fournie aux patients dont les revenus familiaux sont inférieurs à 500 % selon les Directives concernant le Seuil de pauvreté fédéral (Federal Poverty Level). Vous trouverez des informations sur les directives concernant le Seuil de pauvreté fédéral à l'adresse suivante <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Que couvre l'assistance financière ? L'assistance financière hospitalière couvre les services hospitaliers pertinents fournis par CommonSpirit Health, en fonction de votre admissibilité. Cette assistance financière peut ne pas couvrir tous les coûts des soins de santé, y compris les services fournis par d'autres organisations.

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande : Vous pouvez obtenir de l'aide pour quelque raison que ce soit, y compris en cas de handicap, ainsi qu'une assistance linguistique, à l'adresse suivante : 909-806-1317

Pour que votre demande soit traitée, vous devez :

- Nous fournir des informations à propos de votre famille**
- Nous fournir des informations sur le revenu brut de votre famille (revenu avant impôts et déductions)**
- Fournir des documents attestant du revenu familial**
- Fournir des documents relatifs aux actifs familiaux**
- Joindre des informations supplémentaires si nécessaire**
- Dater et signer le formulaire**

Remarque : Vous n'avez pas besoin de fournir de numéro de Sécurité sociale pour demander une assistance financière. Si vous nous communiquez votre numéro de Sécurité sociale, le traitement de votre demande sera accéléré. Les numéros de Sécurité sociale sont utilisés pour vérifier les informations qui nous ont été communiquées. Si vous ne disposez pas de numéro de Sécurité sociale, veuillez indiquer « non applicable » ou « NA ».

Envoyez-nous votre demande par courrier ou par fax avec tous les documents à l'adresse : Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Dr., San Bernardino, CA 92412. Fax : 909-887-4164. Assurez-vous d'en garder un exemplaire pour vous.

Pour soumettre votre demande remplie en personne : Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Drive, San Bernardino, CA92411.

Nous vous informerons de la décision finale concernant votre admissibilité et de vos droits d'appel, le cas échéant, dans les 30 jours civils suivants la réception d'une demande d'aide financière complète, y compris les documents relatifs aux revenus.

En soumettant une demande d'assistance financière, vous consentez à ce que nous fassions les enquêtes nécessaires pour confirmer les obligations et les informations financières.

Nous voulons vous aider. Veuillez soumettre votre demande rapidement !

Vous pouvez recevoir des factures jusqu'à ce que nous recevions vos informations.

**Community Hospital of San Bernardino
Formulaire de Demande d'assistance financière - confidentiel**

Veillez compléter toutes les informations. Si cela ne s'applique pas, écrivez « NA .» Joignez des pages supplémentaires si nécessaire.

INFORMATION SUR LE CONTRÔLE

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

Le patient a-t-il demandé à bénéficier de Medicaid ? **Oui** **Non** *Il peut être demandé de faire une demande avant d'être retenu pour une assistance financière.*

Le patient bénéficie-t-il de services publics de l'État tels que des bons d'alimentation ou l'aide WIC (Femmes, bébés et enfants - Women, Infants, and Children)? **Oui** **Non**

Le patient est-il actuellement sans abri , **Oui** **Non**

Les soins médicaux du patient sont-ils liés à un accident de voiture ou du travail ? **Oui** **Non**

Liste des hôpitaux Dignity Health ou CommonSpirit Health où vous avez été soigné :

VEUILLEZ NOTER

- Nous ne pouvons pas garantir que vous serez admissible à une assistance financière, même si vous en faites la demande.
- Une fois que vous avez envoyé votre demande, nous pouvons vérifier toutes les informations et demander des informations supplémentaires ou des justificatifs de revenus.

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT ET LE DEMANDEUR

Prénom du patient	Second prénom du patient	Nom de famille du patient	
Date de naissance	Numéros de compte du patient :		Numéro de Sécurité sociale du patient (facultatif*)
Personne redevable du paiement de la facture	Lien avec le patient	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale (facultatif*)
_____ Adresse postale			Contact(s) principal(aux) () _____ () _____

_____ Code postal de la ville et de l'état	Adresse de courriel : _____
---	--------------------------------

Situation professionnelle de la personne responsable du paiement de la facture

Salarié(e) (date de début de contrat : _____)
 Sans emploi (durée de la période sans emploi : _____)

Travailleur indépendant
 Étudiant(e)
 Handicapé(e)
 Retraité(e)
 Autre (_____)

SITUATION FAMILIALE

Liste des membres de votre famille dans votre foyer, y compris vous. La « famille » d'un patient comprend :

- Pour les personnes âgées de 18 ans et plus - un conjoint, un(e) concubin(e) et les enfants à charge de moins de 21 ans, qu'ils vivent ou non au foyer.
- Pour les personnes de moins de 18 ans - un parent, les parents qui s'occupent d'elles et les autres enfants de moins de 21 ans du parent ou du parent qui s'occupe d'elles.

TAILLE DE LA FAMILLE _____ *Joignez une page supplémentaire si nécessaire*

Nom	Date de naissance	Lien avec le patient	Si 18 et plus : Nom du ou des employeurs ou source de revenus	Si 18 et plus : Revenu mensuel brut total (avant impôts) :	Qui demande également une assistance financière ?
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non

Les revenus de tous les membres adultes de la famille doivent être déclarés. Les sources de revenus sont, par exemple, les suivantes :

- Salaires - Chômage - Travail indépendant - Indemnisation des accidents du travail - Invalidité - SSI
- Pension alimentaire pour enfants/conjoints - Programmes travail-études (étudiant(e)s) - Pension - Versements de comptes de retraite
- Autre (veuillez préciser : _____)

Community Hospital of San Bernardino
Formulaire de Demande d'assistance financière - confidentiel

INFORMATIONS SUR LES REVENUS

***RAPPELEZ-VOUS QUE** : Vous devez joindre un justificatif de vos revenus à votre demande.*

Vous devez fournir des informations sur les revenus de votre famille. Une vérification des revenus est nécessaire pour déterminer l'aide financière.

Tous les membres de la famille âgés de 18 ans ou plus doivent déclarer leurs revenus. Veuillez fournir un justificatif pour chaque source de revenus identifiée.

Les exemples de justificatifs de revenu comprennent :

- La déclaration de revenus de l'année précédente, y compris les annexes, le cas échéant, ou
- Une déclaration d'honoraires « W-2 », ou
- Les feuilles de paie du moment (3 mois), ou
- Des déclarations écrites et signées d'employeurs ou d'autres personnes, ET
- l'accord/refus d'éligibilité à Medicaid et/ou à l'assistance médicale financée par l'état, ou
- l'accord/refus de l'éligibilité à l'indemnisation chômage.

Si vous n'avez pas de preuve de revenus ou si vous n'avez aucun revenu, veuillez joindre une page supplémentaire avec une déclaration signée expliquant comment vous subvenez à vos besoins essentiels (tels que le logement, la nourriture et les services publics).

INFORMATIONS SUR LES ACTIFS

***RAPPELEZ-VOUS QUE** : Vous devez joindre un justificatif de vos actifs à votre demande.*

Vous devez fournir des informations sur tous les actifs appartenant à un membre de la famille. Une vérification des actifs est nécessaire pour déterminer l'aide financière.

Tous les membres de la famille âgés de 18 ans ou plus doivent déclarer leurs ressources financières disponibles. Veuillez fournir un justificatif pour chaque source d'actifs identifiée. Voici quelques exemples de justificatifs d'actifs :

- Relevés bancaires actuels (indiquant les 3 derniers mois)
 - Compte(s) chèque(s)
 - Compte(s) d'épargne
- Investissements, y compris actions et obligations
- Fonds fiduciaires
- Compte(s) du marché monétaire
- Fonds communs de placement
- Autre fonds de placement qui n'entraîne pas de pénalité en cas de retrait des fonds.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Veillez joindre une page supplémentaire si vous souhaitez nous communiquer d'autres informations sur votre situation financière actuelle, telles que des difficultés financières, des frais médicaux importants, un revenu saisonnier ou temporaire, ou une perte personnelle.

ACCORD DU PATIENT

Je comprends que CommonSpirit Health peut vérifier certains renseignements en examinant les informations de solvabilité et en obtenant des informations d'autres sources pour aider à déterminer l'éligibilité à l'aide financière ou aux plans de paiement.

- Je certifie que les informations que j'ai fournies sont vraies et exactes au meilleur de ma connaissance.
- Je m'engage à demander, seul ou avec l'aide du personnel de l'hôpital, TOUTES les assistances qui peuvent être disponibles auprès du gouvernement fédéral, de l'état, du gouvernement local et des sources privées pour aider à payer cette facture de services médicaux.
- Je comprends que si je ne coopère pas avec CommonSpirit Health en fournissant les informations demandées, ma demande peut être refusée.
- Je comprends que les informations que je sou mets sont sujettes à vérification par CommonSpirit Health, y compris les agences d'évaluation de la solvabilité et sujettes à examen par les agences fédérales et/ou d'état et autres si nécessaire.
- Je comprends que des informations supplémentaires peuvent être demandées afin de pouvoir bénéficier d'une assistance.

Si vous recevez un paiement d'une compagnie d'assurance, d'un régime d'indemnisation des travailleurs ou de tout autre tiers, vous acceptez d'informer l'hôpital de ce paiement. L'hôpital conserve son droit de percevoir le montant original et intégral des frais facturés si un tiers vous fournit le paiement des services de ce dernier.

Signature de la personne qui présente la demande

Date