

Important : VOUS POURRIEZ AVOIR DROIT DE RECEVOIR DES SOINS GRATUITS OU ESCOMPTÉS. En remplissant ce formulaire de demande vous aiderez BJC HealthCare à déterminer si vous pouvez recevoir des soins gratuits ou escomptés ou si vous avez droit à d'autres programmes publics qui peuvent aider à payer vos soins de santé.

SI VOUS ÊTES NON ASSURÉ, UN NUMERO DE SÉCURITÉ SOCIALE N'EST PAS EXIGÉ POUR REMPLIR LES CONDITIONS POUR LES SOINS GRATUITS OU ESCOMPTÉS. Cependant, un numéro de sécurité sociale est exigé pour certains programmes publics, y compris Medicaid. Fournir un numéro de sécurité sociale n'est pas exigé mais aidera l'hôpital à déterminer si vous remplissez les conditions pour certains programmes publics.

Veuillez remplir ce formulaire et le déposer en personne à l'hôpital, par courrier à 600 S.Taylor Ave., Mailstop 90-68-112, St. Louis, MO 63110-9930, par courrier électronique à patacct@bjc.org, ou par fax 314-747-6977 afin de faire une demande de soins gratuits ou escomptés dans les 240 jours suivants la date de la facturation initiale.

Le patient reconnaît qu'il a fait un effort de bonne foi pour fournir toutes les informations demandées dans la demande pour aider l'hôpital à déterminer si le patient a le droit de recevoir l'aide financière.

INFORMATION du PATIENT

Nom du patient	Date de naissance	No. de sécurité sociale du patient <small>(Facultatif et non obligatoire)</small>
Patient	Personne responsable de la facture	
Résidant de l'Illinois à la période des soins ? Oui ___ Non ___	Nom	
Rue	Rue	
Ville, Etat, Code Postal	Ville, Etat, Code Postal	
Telephone:	Telephone:	
EMAIL	EMAIL	

INFORMATION D'EMPLOI

Employeur du patient	Employeur du conjoint/du partenaire/du tuteur
Rue	Rue
Ville, Etat, Code Postal	Ville, Etat, Code Postal
Telephone :	Telephone :

AUTRE INFORMATION

1. Le patient a-t-il été impliqué dans un accident présumé qui fut la cause du besoin de soins ?	Oui ___ Non ___
2. Le patient était-il une victime d'un crime présumé qui fut la cause du besoin de soins ?	Oui ___ Non ___
3. Nombre de personnes dans la famille et/ou le ménage du patient ?	
4. Nombre de personnes à charge* du patient ?	
5. Quels sont les âges des personnes à charges* du patient ?	
6. Au moment des soins ou plus tard, le patient était/est-il divorcé ou séparé ou impliqué dans une démarche de dissolution matrimoniale?	Oui ___ Non ___
7. Au moment des soins ou plus tard, le patient était/est-il une personne à charge d'un parent qui est divorcé ou séparé ou impliqué dans une démarche de dissolution matrimoniale?	Oui ___ Non ___

8. Si la réponse aux questions 6 ou 7 est oui, qui est responsable des soins médicaux du patient selon la convention ou l'ordre du divorce ou de séparation ?

Nom : _____ Relation: _____

Adresse : _____ Ville, état, code postal : _____

Téléphone : (_____) _____

*Une personne à charge indique un mineur ou toute personne qui est nommée comme étant une personne à charge sur la déclaration d'impôt d'une autre personne.

ÉNUMÉREZ DANS LA SECTION CI-DESSOUS TOUS LES SERVICES DE COUVERTURE D'ASSURANCE QUI SONT LIÉS AU SOIN REÇU **

Type d'assurance	Nom de l'assurance	Numero de police d'assurance	Numéro du groupe
Assurance maladie			
Medicare			
Supplément Medicare			
Medicaid			
Indemnités de vétérans			

REVENU ET DÉPENSES MENSUELS **

(Attachez un des documents suivants comme preuve de revenu)

- A. Déclaration d'impôt la plus récente D. Vérification de revenu écrite par un employeur si payé comptant
 B. Formulaires w-2 et 1099 les plus récents E. Preuve de non-déclaration (formulaire 1722 d'IRS)
 C. Deux (2) bulletins de salaire les plus récents

L'information sur les revenus doit être fournie afin de traiter votre demande

	Patient	Conjoint/partenaire	Parent/ tuteur:
Salaires mensuels bruts			
Revenu de travailleur indépendant			
Social Security - Retraite			
Social Security Invalidité			
Invalidité privée			
Invalidité du vétéran			
Pension du vétéran			
Chômage			
Indemnité des accidents du travail			
Revenu de retraite			
Obligation alimentaire			
Pension alimentaire ou tout autre soutien du conjoint			
Aide provisoire pour les familles indigentes (TANF)			
Autre, liste			

DÉPENSES	DÉPENSES MENSUELLES
Logement	
Charges(ex. téléphone, gaz, électricité, eau)	
Nourriture	
Garde d'enfant	
Transport	
Dépenses médicales	
Autres dépenses	

****EXCEPTIONS : Si le patient est un résidant de l'Illinois, est non assuré et reçoit des soins à l'hôpital Alton Memorial et répond aux critères présumés d'éligibilité décrits dans 77 ILAC 4500.40 ou est présumé ayant droit en vertu du revenu familial, le patient n'est pas requis de remplir cette section du formulaire.**

Si le patient sollicite de l'aide liée à des soins fournis sur les sites de NHSC, le patient n'est pas requis de compléter les sections d'assurance et de dépenses du formulaire. Les sites de NHSC incluent Bourbon Medical office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office, Sullivan Medical Office and Medial Arts Clinic – Farmington.

AJOUTEZ TOUTE AUTRE INFORMATION UTILE CONCERNANT LA SITUATION FINANCIÈRE

CERTIFICATION : Je certifie que l'information dans cette demande est à ma connaissance véridique et exacte. Je solliciterai toute aide d'état, fédérale ou locale à laquelle je peux avoir droit pour aider à payer cette facture d'hôpital. Je comprends que les renseignements fournis peuvent être vérifiés par BJC HealthCare, et je les autorise à contacter les tiers pour vérifier l'exactitude des renseignements fournis dans cette demande. Je comprends que si je fournis sciemment de faux renseignements dans cette demande je serai inéligible à l'aide financière, toute aide financière m'ayant été accordée pourra être annulée, et je serai responsable du paiement de la (les) facture (s)

Signature du patient/ du responsable : Date :

En vigueur : 01/01/2016 évaluation d'aide financière 01/2016