

Veillez remplir et déposer cette demande d'assistance dans un établissement Carle, ou l'envoyer par courrier, par courriel ou par fax dans les 90 jours suivant la date de décharge ou de réception des soins.

Dans cette demande, vous devez déclarer le revenu annuel brut de votre ménage, sa composition et le lieu de résidence. Vous devez coopérer durant l'ensemble de la procédure de demande. Carle ne tentera pas de recouvrir les factures pour lesquelles vous demandez une assistance durant la période d'examen de votre demande.

Pour de plus amples informations ou pour envoyer votre demande, veuillez utiliser les diverses options de contact ci-dessous:

**Carle Financial Assistance Program**  
 PO Box 4024 | Champaign, IL 61824-4024  
**Téléphone:** (888) 712-2753 **Fax:** (217) 902-7720  
**Courrier électronique:** FinancialAssistance@Carle.com  
**Site web:** carle.org/financialassistance

La demande pour le programme d'assistance financière de Carle (Carle Financial Assistance Program), son résumé en langage clair, le contenu web et les politiques sont disponibles en espagnol.

La solicitud del Programa de asistencia Financiera de Carle, resumen en términos sencillos, contenido web y políticas están disponibles en español.

Les réclamations ou les inquiétudes relatives au processus de demande d'aide financière pour les patient(e)s non-assuré(e)s peuvent être signalées au Bureau de soins de santé du Procureur général de l'Illinois (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General), hotline gratuite au 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Carle Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, gender identity and sex characteristics) or ability to pay.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-217-383-2543.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-217-326-0340.

1223CV



# Programmes d'assistance financière



## Programmes d'assistance financière de Carle (Carle Financial Assistance Programs)

Les programmes d'assistance financière offrent des soins à prix réduit aux personnes éligibles. Voici quelques directives concernant les programmes:

1. L'éligibilité est basée sur le revenu brut ajusté du ménage figurant sur la déclaration fiscale de l'année antérieure et sur la composition de la famille. Si vous êtes déclaré(e) comme personne à charge dans la déclaration fiscale de quelqu'un d'autre, vous devez également transmettre sa déclaration fiscale.
2. Nous approuverons et appliquerons les réductions seulement après réception des paiements tiers.
3. Avant de vous faire bénéficier de soins à prix réduit, nous pouvons vous demander de faire une demande d'aide sociale. Le service de gestion des dossiers de Carle sera heureux de vous aider à remplir les formulaires de demande. Pour plus d'informations sur l'application d'assistance fédérale, veuillez visiter le site suivant [hfs.illinois.gov/medicalclients/medicaidguide/applying](https://hfs.illinois.gov/medicalclients/medicaidguide/applying)
4. Les réductions ne seront valables qu'un an à compter de la date d'approbation.

5. Ces programmes sont ouverts aux nouveaux(nouvelles) patient(e)s et actuel(le)s qui remplissent certaines conditions de résidence.
6. Les patient(e)s non-assuré(e)s qui remplissent certaines conditions peuvent bénéficier d'une réduction pour non-assuré(e)s ; vos dépenses hospitalières seront alors plafonnées à 20 % de votre revenu annuel brut.
7. Le personnel de Carle staff examinera votre demande et si elle est approuvée, vous orientera vers le programme qui vous convient le mieux.
8. Carle se réserve le droit d'exiger des patient(e)s qu'ils(elles) fournissent des informations supplémentaires afin de vérifier les revenus et/ou les actifs.

En remplissant cette demande d'assistance financière, Carle pourra déterminer si vous êtes éligibles à des soins gratuits ou à tarif réduit (Carle Financial Assistance Program, Carle Regional Financial Assistance Program, or Illinois Uninsured Hospital Patient Discount Program) ou si vous êtes éligible à d'autres programmes d'aide sociale qui peuvent vous aider à payer vos soins de santé.

### 2024 Programmes d'assistance financière de Carle (Carle Financial Assistance Programs - CFAP)

Date d'entrée en vigueur 3/1/2024

| Composition de la famille                      | 200%          | 300%   | 400%                  | 600%  |
|--|---------------|--|-----------------------|---|
| 1  | \$30,120      | \$45,180   | \$60,240              | \$90,360  |
| 2  | \$40,880      | \$61,320   | \$81,760              | \$122,640   |
| 3  | \$51,640      | \$77,460   | \$103,280             | \$154,920   |
| 4  | \$62,400      | \$93,600   | \$124,800             | \$187,200   |
| 5  | \$73,160      | \$109,740  | \$146,320             | \$219,480   |
| 6  | \$83,920      | \$125,880  | \$167,840             | \$251,760   |
| 7  | \$94,680      | \$142,020  | \$189,360             | \$284,040   |
| 8  | \$105,440     | \$158,160  | \$210,880             | \$316,320   |
| Aide additionnelle par personne supplémentaire | \$10,760      | \$16,140   | \$21,520              | \$32,280  |
| Éligibilité au programme                       | 100 % du CFAP | 50 % du CFAP et remise pour non-assuré ayant un revenu maximum dans les CHRHC/CRMH IL(e) | 40 % du CAP du revenu | dans les CFH/CBMC/CEH/CHMH/CHPK/CHPR IL, remise pour nonassuré(e) ayant un revenu maximum |

Les montants généralement facturés (MGF) (AGB en Anglais) aux participants au programme d'assistance financière Carle seront déterminés par la rémunération à l'acte de Medicare en collaboration avec tous les assureurs-maladie privés, au cours d'une période de 12 mois préalable. 1. MGF (ou bien AGB) déterminé par le calcul de la somme de tous les paiements plus la somme de tous les ajustements pour créances irrécouvrables et soins caritatifs divisée par la somme de tous les frais au cours de la période. 2. La période incluse dans la méthode est du 1er octobre au 30 septembre de l'année précédente.



# Demande d'assistance financière

PROGRAMMES D'ASSISTANCE FINANCIÈRE DE CARLE · PROGRAMME DE RÉDUCTION POUR LES PATIENTS HOSPITALISÉS NON-ASSURÉS DE L'ILLINOIS

| DÉMOGRAPHIE                             |  | PATIENT(E)/DESTINATAIRE              |                                   | CONJOINT(E) (OU PERSONNE RESPONSABLE) |                                   |
|---|--|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Nom                                     |  |                                      |                                   |                                       |                                   |
| Numéro de sécurité sociale <sup>1</sup> |  |                                      |                                   |                                       |                                   |
| Date de naissance                       |  |                                      |                                   |                                       |                                   |
| Race*                                   |  |                                      |                                   |                                       |                                   |
| Origine ethnique*                       |  |                                      |                                   |                                       |                                   |
| Genre*                                  |  | <input type="checkbox"/> Masculin    | <input type="checkbox"/> Féminin  | <input type="checkbox"/> Masculin     | <input type="checkbox"/> Féminin  |
| Langue préférée*                        |  |                                      |                                   |                                       |                                   |
| Adresse                                 |  | Rue:                                 |                                   | Rue:                                  |                                   |
| Adresse de courriel                     |  | Ville:                               | État: Code postal:                | Ville:                                | État: Code postal:                |
| Numéro de téléphone principal           |  |                                      |                                   |                                       |                                   |
| Employeur                               |  |                                      |                                   |                                       |                                   |
| Statut marital                          |  | <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Célibataire  | <input type="checkbox"/> Marié(e) |

## INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE DU/DE LA PATIENT(E)

Nom de la compagnie d'assurance:

Numéro de la police d'assurance:

Date d'entrée en vigueur de l'assurance:

## INFORMATIONS À PROPOS DE LA FAMILLE/DU MÉNAGE

Quel est le nombre de personnes composant votre ménage, tel qu'indiqué sur votre déclaration fiscale?

Êtes-vous déclaré(e) comme personne à charge sur la déclaration fiscale de quelqu'un d'autre?

Non  Oui, Envoyez sa déclaration avec votre demande.

## INFORMATIONS SUR LES MEMBRES DU MÉNAGE

| Nom(s) | Date de naissance/lien de parenté | Assurance |
|--------|-----------------------------------|-----------|
|        |                                   |           |
|        |                                   |           |
|        |                                   |           |
|        |                                   |           |
|        |                                   |           |
|        |                                   |           |

## VÉRIFICATION DE L'ÉLIGIBILITÉ PRÉSUMÉE

Veuillez indiquer si ces catégories vous concernent. La participation au programme en cours est nécessaire pour obtenir la certification. Vous aurez peut-être besoin de fournir les documents listés ci-dessous.  Sans-abri  Medicaid de l'Illinois  SNAP ou WIC  Programme d'assistance à l'énergie domestique pour personnes à faibles revenus (Low Income Home Energy Assistance Program - LIHEAP) ou assistance municipale (Township Assistance)

## DOCUMENTS REQUIS

Si aucune des catégories d'éligibilité présomptive ne s'applique, veuillez vérifier et joindre à cette demande les documents appropriés pour chaque salaire de la famille.

### Requis

1. Une copie de la déclaration fiscale la plus récente en votre possession dans laquelle vous êtes déclaré(e) comme personne à charge.
2. Une copie des feuilles de paie les plus récentes de tous(toutes) les salarié(e)s de la famille pour l'année en cours et l'année précédente, montrant le revenu brut annuel, à date.
3. Une copie des revenus d'indépendant(e) et des dépenses pour l'année courante et l'année antérieure.
4. Une copie de la lettre d'indemnité de la Sécurité sociale ou d'invalidité de la Sécurité sociale pour l'année en cours et l'année antérieure.
5. Copie de la déclaration de chômage, de l'indemnité d'invalidité ou de l'indemnité d'accident du travail.
6. Copie des fonds disponibles du compte de dépenses flexibles médicales ou du compte de dépenses de santé.
7. Autres documents concernant les sources de revenus (par ex. pension alimentaire pour enfants, pension alimentaire, retraite et/ou lettre de l'employeur, si vous êtes payé(e) en espèces)
8. Les bénéficiaires des parties A et B de Medicare doivent également fournir des relevés bancaires des comptes courant, d'épargne ou d'investissement.
9. Une déclaration écrite si vous ne pouvez pas fournir les documents requis ci-dessus.

## VÉRIFICATION DES ACTIFS

Documentation et justificatifs des actifs:

- Relevés de comptes courants, d'épargne

- Investissements : Certificat de dépôt (CD), fonds communs de placement, relevés d'actions et d'obligations

## RELECTURE ET SIGNATURE

Je certifie que les informations contenues dans la présente demande sont, à ma connaissance, vraies et exactes. Je demanderai toute aide d'état, fédérale ou locale à laquelle je pourrais avoir droit pour m'aider à payer cette facture. Je comprends que les informations fournies peuvent être vérifiées par Carle et j'autorise Carle à contacter les tiers pour vérifier l'exactitude des informations fournies avec cette demande. Je comprends que si je fournis de fausses informations volontairement dans cette demande, je ne serai pas éligible à l'assistance financière, que les assistances financières qui m'ont été attribuées seront révoquées et que je devrai payer la(les) facture(s).

Signature du demandeur:

Date:

## INFORMATION IMPORTANTE

<sup>1</sup> Si vous n'êtes pas assuré(e), il n'est pas nécessaire d'avoir un numéro de sécurité sociale pour être éligible à des soins gratuits ou à prix réduit. Cependant, il est nécessaire d'avoir un numéro de sécurité sociale pour certains programmes d'aide sociale, dont Medicaid. Fournir un numéro de sécurité sociale n'est pas nécessaire, mais aidera Carle à déterminer si vous êtes éligible à des programmes d'aide sociale. Carle vous informera si votre demande a été approuvée ou refusée. Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision, vous pouvez faire appel auprès du Responsable de la gestion des créances en paiement propre (Manager of Self Pay Receivables Management) dans les 45 jours suivant la décision à l'adresse suivante : Carle Patient Financial Services Attn: Manager - Self Pay Receivables Management, PO Box 4024, Champaign, IL 61824-4024

\* Optionnel. Les réponses ou l'absence de réponse n'auront pas d'impact sur l'issue de la demande.