

Veuillez remplir et déposer cette demande d'assistance dans un établissement Carle Health, ou l'envoyer par courrier, par courrier électronique 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 Health 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 coordonnées ci-dessous :**

**Carle Health Financial Assistance Program**  
P.O. 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'aide financière de Carle Health (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 Health, 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 (877) 305-5145 (TTY (800) 964-3013).

La Fondation Carle se conforme aux lois fédérales en vigueur concernant les droits civils et ne fait aucune distinction fondée sur la race, la couleur, la nationalité, l'âge, le handicap ou le sexe.

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.

# Programmes d'assistance financière



## Programmes d'assistance financière de Carle Health (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 Health sera heureux de vous aider à remplir les formulaires de demande. Pour en savoir plus sur la manière de demander une aide fédérale, consultez [hfs.illinois.gov/medicalclients/medicaidguide/applying](https://hfs.illinois.gov/medicalclients/medicaidguide/applying).
4. Les réductions seront valables un an à compter de la date d'approbation. Pour continuer à bénéficier d'une aide financière, il est nécessaire de présenter une nouvelle demande chaque année.

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 Health staff examinera votre demande et si elle est approuvée, vous orientera vers le programme qui vous convient le mieux.
8. Carle Health 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 Health pourra déterminer si vous pouvez bénéficier de soins gratuits ou à tarif réduit (Carle Health Financial Assistance Program, Carle Health Regional Financial Assistance Program, or Illinois Hospital Uninsured 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.

Programmes d'aide financière de Carle Health (CFAP) pour 2025.				Date d'entrée en vigueur: 1er mars 2025.
Composition de la famille	200 %	300 %	400 %	600 %
1	\$31 300	\$46 950	\$62 600	\$93 900
2	\$42 300	\$63 450	\$84 600	\$126 900
3	\$53 300	\$79 950	\$106 600	\$159 900
4	\$64 300	\$96 450	\$128 600	\$192 900
5	\$75 300	\$112 950	\$150 600	\$225 900
6	\$86 300	\$129 450	\$172 600	\$258 900
7	\$97 300	\$145 950	\$194 600	\$291 900
8	\$108 300	\$162 450	\$216 600	\$324 900
Aide additionnelle par personne supplémentaire	\$11 000	\$16 500	\$22 000	\$33 000
Éligibilité au programme	100 % du CFAP	50 % du CFAP et maximum du programme de réduction pour les non assurés de l'hôpital de l'IL	40 % du CAP du revenu	Maximum du programme de réduction pour les non assurés de l'hôpital de l'IL

# Demande d'assistance financière

PROGRAMMES D'ASSISTANCE FINANCIÈRE DE CARLE HEALTH · 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 (JJ/MM/AA)				
Race*				
Origine ethnique*				
Genre*				
Langue préférée*				
Adresse	Rue : Ville :	Code postal : État :	Rue : Ville :	Code postal : État :
Adresse de courriel				
Type/numéro de téléphone principal	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Maison		<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Maison	
Employeur				
Statut marital	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié		<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié	

## 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	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 salarié de la famille.

- Requis**
- Une copie de la déclaration fiscale la plus récente en votre possession dans laquelle vous êtes déclaré(e) comme personne à charge.
  - 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.
  - Une copie des revenus d'indépendant(e) et des dépenses pour l'année courante et l'année antérieure.
  - 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.
  - Copie de la déclaration de chômage, de l'indemnité d'invalidité ou de l'indemnité d'accident du travail.
  - Copie des fonds disponibles du compte de dépenses flexibles médicales ou du compte de dépenses de santé.
  - 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)
  - Les bénéficiaires des parties A et B de Medicare doivent également fournir des relevés bancaires des comptes courant, d'épargne ou d'investissement.
  - 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 : Certificats 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 Health et j'autorise Carle Health 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 Health à déterminer si vous êtes éligible à des programmes d'aide sociale. Carle Health 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 Health Patient Financial Services Attn: Manager - Self Pay Receivables Management, P.O. 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.

