



Demande d'assistance financière

Carle Health sait que, parfois, nos patients ne sont pas en mesure de payer les services fournis. Si vous avez besoin d'aide pour payer vos services médicaux, vous pourriez avoir droit à une assistance financière.

Pour vérifier si vous êtes éligible pour obtenir une assistance financière, veuillez vous conformer attentivement aux instructions à l'intérieur.



Carle Health

COMMENT PRÉTENDRE À UNE ASSISTANCE FINANCIÈRE

Important : VOUS POURRIEZ ÊTRE EN DROIT DE RECEVOIR DES SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT. En remplissant cette demande, vous permettrez à Carle Health de déterminer si vous pouvez recevoir des services gratuits ou à prix réduit ou d'autres programmes publics qui pourraient vous aider à payer vos soins de santé.

Assurez-vous de fournir des informations complètes pour tous les membres de votre foyer et de remplir l'ensemble des trois sections du côté droit du formulaire. Si vous ne renvoyez pas toutes les informations demandées, nous ne pourrons pas traiter votre demande. Toutes les informations fournies resteront confidentielles.

Si vous recevez déjà de l'aide d'un programme d'État (comme des bons alimentaires ou WIC), remplissez la première page de la demande et envoyez-la avec une preuve que vous êtes inscrit(e) à l'un de ces programmes, telle qu'un avis de décision. Veillez également à signer la dernière page de la demande. Vous aurez peut-être la possibilité d'être automatiquement inscrit(e) à notre programme.

En soumettant cette demande, le/la patient(e) reconnaît qu'il ou elle a fait l'effort en toute bonne foi de fournir toutes les informations demandées dans la demande pour aider l'hôpital à déterminer si le/la patient(e) est éligible pour obtenir une aide financière.

Fourniture des informations concernant votre numéro de sécurité sociale

SI VOUS N'ÊTES PAS ASSURÉ(E), UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE N'EST PAS NÉCESSAIRE POUR ÊTRE ÉLIGIBLE POUR RECEVOIR DES SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT. Cependant, un numéro de sécurité sociale est requis pour certains programmes publics, y compris Medicaid. Fournir un numéro de sécurité sociale n'est pas nécessaire mais cela aidera l'hôpital à déterminer si vous êtes éligible pour participer à des programmes publics.

Quand soumettre votre demande d'assistance financière

Veuillez remplir ce formulaire et le transmettre à l'hôpital en personne, par la poste, par e-mail ou par fax pour faire la demande de soins gratuits ou à prix réduit dans les 90 jours suivant la date de sortie d'hôpital ou la réception de soins en ambulatoire. REMARQUE : l'obligation de remplir et de soumettre ce formulaire dans les 90 jours suivant la date de sortie ou la réception de soins en ambulatoire peut être augmentée par l'hôpital, mais pas diminuée.

Comment soumettre votre demande

Veuillez soumettre cette demande de l'une des façons suivantes:

- Par la poste, à l'adresse suivante:
Central Billing Office, À l'attention de: FA Team
P.O. Box 35758, Des Moines, IA 50315-4205
- Par e-mail, à l'adresse suivante: FA_CBO_Request@UnityPoint.org.
- Par fax, au numéro suivant : (515) 362-5055. Inscrivez « FA Application » sur la page de couverture du fax.

Assistance pour remplir la demande

Nous pouvons vous aider à remplir ce formulaire si vous avez des questions.

- Si vous êtes à l'hôpital, demandez à parler à une personne du service d'enregistrement des patients pour qu'elle vous aide.
- Si vous êtes chez vous ou dans une clinique,appelez le (844) 849-1260.

Autres remarques importantes

Les membres de notre équipe pourront essayer de déterminer si vous avez droit à un autre programme d'assistance fédéral ou d'État avant de traiter votre demande d'assistance financière à Carle Health.

L'assistance financière est uniquement mise à disposition pour les services nécessaires sur le plan médical et fournis par les organisations et les médecins faisant partie du réseau Carle Health, comme l'indique notre Politique d'assistance financière. Si vous souhaitez consulter cette politique, veuillez consulter le site carle.org/FinancialAssistance. Si vous avez d'autres questions sur votre facture, veuillez appeler le numéro de téléphone indiqué sur la facture pour contacter un membre de l'hôpital, de la clinique ou de la maison de retraite qui vous a soigné(e).

REmplissez l'ensemble des trois sections

1. Envoyez des informations complètes et n'oubliez pas de signer le formulaire : Remplissez entièrement le formulaire ci-joint. Veuillez ne pas oublier de signer le bas de la dernière page. (REMARQUE : la déclaration de consentement pour l'Iowa et celle pour l'Illinois sont distinctes.) Un seul formulaire suffit pour toutes les personnes du foyer.
2. Preuve des revenus pour tous les membres de votre foyer : Envoyez des copies de tous les éléments indiqués ci-dessous qui vous concernent.
 - Déclaration de revenus de l'année passée.
 - Si vous êtes employé(e) : un bulletin de salaire indiquant vos revenus à ce jour pour l'année OU vos trois derniers bulletins de salaire.
 - Si vous travaillez à votre compte : bilan et compte de résultat.
 - Si vous êtes au chômage : demande de chômage de l'État ET dernier bulletin de salaire de votre dernier emploi.
 - Si vous êtes rémunéré(e) en espèces : une vérification écrite des revenus est requise de la part de l'employeur.
 - Lettre indiquant le montant de la pension mensuelle.
 - Lettre indiquant le montant de la pension d'invalidité.
 - Lettre indiquant le montant des allocations de la sécurité sociale.
 - Preuve de revenus provenant d'un loyer.
 - Preuve de revenus provenant d'une pension alimentaire pour enfants.
 - Preuve de revenus provenant d'une pension alimentaire de conjoint.
 - Si vous n'avez AUCUNE source de revenus, déclaration écrite de la personne qui vous prend en charge.
3. Fournir la preuve des biens détenus par tous les membres de votre foyer : Envoyez des copies de tous les éléments indiqués ci-dessous qui vous concernent.
 - Relevés bancaires des trois derniers mois.

Demande d'assistance financière

Il est possible que le traitement de votre demande soit retardé si vous n'avez pas fourni toutes les informations.

- Preuve de TOUS les revenus des personnes âgées de plus de 21 ans au sein du foyer.
- Relevés bancaires des trois derniers mois, comptes courants/comptes épargne, inclure TOUTES les pages.
- Déclaration d'impôts 1040 de l'an dernier avec TOUS les échéanciers.

INFORMATIONS DU PATIENT

Nom _____
(Nom de famille) (Prénom) (initiales du deuxième prénom)
Adresse _____
(Rue)
(Ville) (État) (Code postal)
Téléphone _____
Email _____
Anniversaire _____ Âge _____
N° de séc. soc. _____ Statut marital O N

Origine ethnique (facultatif)

- Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska Asiatique
- Noir(e) ou afro-américain(e)
- Autochtone d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique Blanc(he)

Appartenance ethnique (facultatif) _____

Sexe (facultatif) M F Autre _____

Langue préférée (facultatif): _____

PERSONNE RESPONSABLE DU PAIEMENT

Nom _____
(Nom de famille) (Prénom) (initiales du deuxième prénom)
Adresse _____
(Rue)
(Ville) (État) (Code postal)
Téléphone _____
Email _____
Anniversaire _____ Âge _____
N° de séc. soc. _____ Statut marital O N

Emploi personnel

Employeur _____
Adresse _____
(Rue)
(Ville) (État) (Code postal)
Téléphone _____
Emploi occupé _____
Situation professionnelle : Temps partiel Temps plein
Moyenne d'heures par semaine _____

CONJOINT DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU PAIEMENT

Nom _____
(Nom de famille) (Prénom) (initiales du deuxième prénom)
Adresse _____
(Rue)
(Ville) (État) (Code postal)
Téléphone _____
Email _____
Anniversaire _____ Âge _____
N° de séc. soc. _____ Statut marital O N

Emploi personnel

Employeur _____
Adresse _____
(Rue)
(Ville) (État) (Code postal)
Téléphone _____
Emploi occupé _____
Situation professionnelle : Temps partiel Temps plein
Moyenne d'heures par semaine _____

AUTRES INFORMATIONS

Liste de toutes les autres personnes vivant dans le foyer: Deuxième employeur pour la partie responsable et/ou le conjoint:

Nom _____ Lien de parenté _____ N° de séc. soc. _____ Date de naissance _____

Employeur _____
Adresse _____
(Rue)
(Ville) (État) (Code postal)
Téléphone _____
Emploi occupé _____
Situation professionnelle : Temps partiel Temps plein
Moyenne d'heures par semaine _____



Toutes les colonnes doivent être remplies.

REVENUS

Source de revenus (il est impératif de fournir la documentation)	Montants reçus	Fréquence des montants reçus	Nom de la personne bénéficiaire
Revenu professionnel			
Revenu professionnel			
Sécurité sociale			
Pension alimentaire enfant/conjoint			
Pension/Indemnités accident/Allocations chômage			
Intérêts/Dividendes			
Autre (préciser)			

BIENS DÉTENUS

Article	Solde du compte	Description	*Fournir des relevés pour les 3 derniers mois.
Checking Account*			
Savings Account*			

DÉPENSES

Article	Montant total dû	Paiements mensuels	Description
Emprunt immobilier			
Loyer (paiement mensuel)			
Factures d'énergie (électricité, eau, etc.)			
Courses et garde d'enfants			
Factures médicales			
Pension alimentaire enfant/conjoint			
Médicaments sous ordonnance			
Prêts bancaires (personnels, études, etc.)			
Assurance (auto, maladie, etc.)			
Dettes sur carte de crédit			
Autre (préciser)			
Total des dépenses (Lignes 1 à 11)			

Autorisations de divulgation de renseignements/Déclarations de certification

J'atteste que, à ma connaissance, toutes les informations de cette demande sont véridiques et correctes. Je ferai la demande de toute assistance d'État, fédérale ou locale pour laquelle je pourrais être éligible afin de m'aider à payer cette facture d'hôpital. Je comprends que les informations fournies peuvent être vérifiées par l'hôpital, et j'autorise l'hôpital à communiquer avec des tiers afin de vérifier l'exactitude des informations fournies dans cette demande. Je comprends que si je fournis sciemment de fausses informations contenues dans cette demande, je ne serai éligible pour aucune assistance financière, je pourrais être amené(e) à devoir rembourser toute assistance financière qui m'aura été accordée, et je serai responsable du paiement de la facture d'hôpital.

Les plaintes ou préoccupations concernant le processus de demande de prix réduit pour les patients non assurés ou le processus d'assistance financière de l'hôpital peuvent être signalées au Bureau des soins de santé du procureur général de l'Illinois.

(800) 243-0618 IllinoisAttorneyGeneral.gov/

Signature du demandeur

Date

Signature du conjoint

Date

Vous pouvez envoyer votre demande remplie et tous les documents joints* par :

Courrier :

Central Billing Office

À l'attention de: FA Team
P.O. Box 35758
Des Moines, IA 50315-4205

*Veuillez ne pas envoyer de documents originaux. Envoyez des copies seulement.
Les documents seront détruits après avoir été numérisés.

Email: FA_CBO_Request@UnityPoint.org

Fax: (515) 362-5055

Indiquez : « **FA Application** » sur la page de couverture du fax.

Des questions ? Veuillez envoyer un e-mail à FA_CBO_Request@UnityPoint.org ou appeler le (844) 849-1260.