

Veuillez 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.

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.

1220SK



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.
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.

2023 Programmes d'assistance financière de Carle (Carle Financial Assistance Programs - CFAP)				Date d'entrée en vigueur3/1/2023
Composition de la famille	200%	300%	400%	600%
1	\$29,160	\$43,740	\$58,320	\$87,480
2	\$39,440	\$59,160	\$78,880	\$118,320
3	\$49,720	\$74,580	\$99,440	\$149,160
4	\$60,000	\$90,000	\$120,000	\$180,000
5	\$70,280	\$105,420	\$140,560	\$210,840
6	\$80,560	\$120,840	\$161,120	\$241,680
7	\$90,840	\$136,260	\$181,680	\$272,520
8	\$101,120	\$151,680	\$202,240	\$303,360
Aide additionnelle par personne supplémentaire	\$10,280	\$15,420	\$20,560	\$30,840
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 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 ¹						
Date de naissance						
Race*						
Origine ethnique*						
Genre*		☐ Masculin ☐ Féminin		☐ Masculin ☐ Féminin		
Langue préférée*						
Adresse		Rue:	Rue:			
		Ville:	État:	Code postal:	Ville:	État:
Adresse de courriel						
Numéro de téléphone principal						
Employeur						
Statut marital		☐ Célibataire ☐ Marié(e)		☐ Célibataire ☐ 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 présumptive ne s'applique, veuillez vérifier et joindre à cette demande les documents appropriés pour chaque salarié 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						
1 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.						

