

Instructions relatives au formulaire de demande de soins de bienfaisance/d'assistance financière

Il s'agit d'une demande d'assistance financière (également appelée soins de bienfaisance) à Swedish.

Les **lois fédérales et nationales imposent à tous les hôpitaux de fournir une assistance financière** aux personnes et aux familles qui remplissent certaines conditions de revenus. Vous pouvez bénéficier de soins gratuits ou à prix réduit (les deux scénarios seront étudiés pour votre situation dans le cadre de cette demande conjointe) en fonction de la taille de votre famille et de vos revenus, même si vous avez une assurance maladie, consultez le site Internet de l'hôpital à l'adresse <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>.

Que couvre l'assistance financière ? L'assistance financière médicale couvre les soins médicaux nécessaires fournis par l'un de nos hôpitaux ou cliniques au sein de notre famille d'organisations, en fonction de votre éligibilité. L'assistance financière peut ne pas couvrir tous les coûts des soins de santé, y compris les services fournis par d'autres organisations.

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande : Nos politiques d'assistance financière, les informations sur les programmes et les documents de demande sont disponibles sur notre site Internet ou par téléphone. Vous pouvez obtenir de l'aide pour n'importe quelle raison, y compris pour un handicap ou une assistance linguistique. Des documents écrits traduits sont disponibles sur demande.

Comment nous contacter : <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>.

Représentants du service client au : 206-320-5300 ou +(1) 877-406-0438

Du lundi au vendredi de 8h30 à 16h00

Pour que votre demande soit traitée, vous devez :

☐ **Nous fournir des informations à propos de votre famille**

Nous indiquer combien de membres de votre famille composent votre foyer (les membres de la famille sont les personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble). Si vous vivez en Californie, le foyer ou la famille est déterminé de la manière suivante, *Si le patient est âgé de 18 ans et plus*, la famille comprend le conjoint, le partenaire domestique et tous les enfants à charge âgés de moins de 21 ans, ou de tout âge s'ils sont handicapés, qu'ils vivent ou non au sein du foyer. *Si le patient est âgé de moins de 18 ans* ou pour un enfant à charge âgé de 18 à 20 ans, la famille comprend les parents, les proches aidants et les aidants des parents ou des proches, les autres personnes à charge âgées de moins de 21 ans, ou de tout âge si elles sont handicapées.

☐ **Nous fournir des informations sur le revenu mensuel brut de votre famille (revenu avant impôts et déductions), notamment des fiches de paie ou des déclarations d'impôts, ou d'autres justificatifs de revenus, (par ex., formulaires W-2, courriers d'attribution de la sécurité sociale) et des relevés de revenus issus de votre patrimoine.**¹ (voir la section Revenus de la demande d'aide financière pour d'autres exemples)

☐ **Joindre des informations supplémentaires si nécessaire**

☐ **Signer et dater le formulaire d'assistance financière**

Remarque : Il n'est pas nécessaire de fournir un numéro de sécurité sociale pour demander une assistance financière. Si vous nous communiquez votre numéro de sécurité sociale, celui-ci peut être utilisé pour vous identifier ou pour vérifier les informations qui nous sont fournies. Si vous n'avez pas de numéro de sécurité sociale, veuillez indiquer « sans objet » ou « NA ». **Envoyez la demande dûment remplie et accompagnée de tous les documents nécessaires à l'adresse :** Swedish Medical Center c/o Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 UNITED STATES OF AMERICA. Pensez à en conserver une copie pour vous.^{507846221.4}

Pour déposer en personne votre demande dûment remplie : Présentez-vous au bureau du conseiller financier de l'hôpital le plus proche. Nous vous informerons de la décision finale d'éligibilité et de vos droits de recours, le cas échéant, dans un délai de 14 à 30 jours après réception d'une demande d'assistance financière complète, y compris les justificatifs de revenus.

En soumettant une demande d'assistance financière, vous consentez à ce que nous fassions les recherches nécessaires pour confirmer les informations et les obligations financières.

¹ Sauf si la loi de l'État l'interdit, Swedish recueillera et prendra en compte les informations relatives au patrimoine comme l'exigent les Centres de services Medicare et Medicaid (CMS) pour les rapports sur les coûts de Medicare.

Cela concerne spécifiquement les bénéficiaires de Medicare qui n'ont pas d'assurance Medicaid. Pour tous les autres, l'information sur le patrimoine est facultative.

506318055.3

Nous voulons vous aider. Veuillez soumettre votre demande dans les plus brefs délais. Vous pouvez continuer à recevoir des relevés de facturation jusqu'à ce que nous recevions votre demande dûment remplie et les documents requis, à moins que la législation de votre État en matière de soins de bienfaisance ne l'interdise.

Formulaire de demande de soins de bienfaisance/d'assistance financière - confidentiel

Veuillez remplir toutes les informations demandées. Si vous n'êtes pas concerné, inscrivez « NA ». Joignez des pages supplémentaires si nécessaire.

INFORMATIONS D'ÉVALUATION

Avez-vous besoin d'un interprète ? ☐ **Oui** ☐ **Non** Si Oui, indiquez la langue préférée :

Le patient a-t-il déposé une demande pour bénéficier de Medicaid ? ☐ **Oui** ☐ **Non** Le patient est-il aveugle ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Le patient est-il handicapé ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Le patient bénéficie-t-il de services publics de l'État tels que TANF, Basic Food ou WIC ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Le patient est-il actuellement sans abri ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Le besoin de soins médicaux du patient est-il lié à un accident de voiture ou à un accident du travail ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

REMARQUE

- Nous ne pouvons pas garantir que vous pourrez bénéficier d'une assistance financière, même si vous déposez une demande.
- Une fois que vous avez envoyé votre demande, nous pouvons vérifier toutes les informations et demander des informations supplémentaires ou des justificatifs de revenus.
- Nous vous informerons de notre décision dans un délai de 14 à 30 jours suivant la réception de votre demande dûment remplie et des documents requis.

INFORMATIONS SUR LE PATIENT ET LE DEMANDEUR

| | | | |
|---|----------------------------|-------------------|--|
| Prénom du patient | Deuxième prénom du patient | | Nom de famille du patient |
| <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre (peut préciser _____) | Date de naissance | | Numéro de sécurité sociale du patient (facultatif) |
| Personne responsable du paiement de la facture | Relation avec le patient | Date de naissance | Numéro de sécurité sociale (facultatif) |
| Adresse postale _____ _____ _____ | | | Numéro(s) de contact () _____ () _____ Adresse e-mail : _____ |
| Ville | État Pays | Code postal | |

Situation professionnelle de la personne responsable du paiement de la facture

☐ **Employé** (date d'embauche) : _____ ☐ **Sans emploi** (depuis combien de temps) : _____

☐ **Indépendant** ☐ **Étudiant** ☐ **Handicapé** ☐ **Retraité** ☐ **Autre** _____

Formulaire de demande de soins de bienfaisance/d'assistance financière - confidentiel
INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Répertoriez les membres de votre famille au sein de votre foyer, y compris vous. La « famille » comprend les personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble.

TAILLE DE LA FAMILLE ——— *Joindre une page supplémentaire si nécessaire*

| Nom | Date de naissance | Relation avec le patient | Si vous avez 18 ans ou plus : Nom de l'employeur ou source de revenus | Si vous avez 18 ans ou plus : Revenu mensuel brut total (avant impôts) : | Est-ce que vous demandez également une aide financière ? |
|-----|-------------------|--------------------------|---|--|--|
| | | | | | Oui / Non |
| | | | | | Oui / Non |
| | | | | | Oui / Non |
| | | | | | Oui / Non |
| | | | | | Oui / Non |
| | | | | | Oui / Non |
| | | | | | Oui / Non |

Les revenus de tous les membres adultes de la famille doivent être déclarés. Les sources de revenus comprennent, par exemple : Salaires - Chômage - Travail indépendant - Indemnisation des accidents du travail - Invalidité - Sécurité sociale (SSI) - Pension alimentaire pour les enfants et les conjoints - Programmes d'apprentissage professionnel (étudiants) - Revenus tirés du patrimoine, par exemple actions, obligations, IRA, fonds communs de placement, revenus locatifs, etc.

Formulaire de demande de soins de bienfaisance/d'assistance financière - confidentiel

INFORMATIONS SUR LES REVENUS

***RAPPEL** : Vous devez joindre à votre demande un justificatif de revenus.*

Vous devez fournir des informations sur les revenus de votre famille. Une vérification des revenus est nécessaire pour déterminer l'assistance financière. Tous les membres de la famille âgés de 18 ans ou plus doivent déclarer leurs revenus. Si vous ne pouvez pas fournir de justificatifs, vous pouvez présenter une déclaration écrite et signée décrivant vos revenus. Veuillez fournir un justificatif pour chaque source de revenu identifiée. Voici quelques exemples de justificatifs de revenus :

- Déclaration de retenue à la source « W-2 » ; ou
- Bulletins de paie actuels (3 mois) ; ou
- Déclaration d'impôt sur le revenu de l'année dernière, y compris les annexes le cas échéant ; ou
- Déclarations écrites et signées d'employeurs ou d'autres personnes ; ou
- Déclarations de revenus issus du patrimoine (actions, obligations, IRA, fonds communs de placement, etc.) ; ou
- Confirmation/refus de versement d'indemnités chômage.

Si vous n'avez pas de justificatif de revenus ou si vous n'avez pas de revenus, veuillez joindre une page supplémentaire avec une explication.

INFORMATIONS SUR LES DÉPENSES

Nous utilisons ces informations pour mieux comprendre votre situation financière.

Dépenses mensuelles essentielles courantes :

| | |
|---|---------------------------|
| Loyer/hypothèque \$ _____ | Frais médicaux \$ _____ |
| Primes d'assurance médicale \$ _____ | Services publics \$ _____ |
| Autres dettes/dépenses \$ _____ (pension alimentaire, prêts, médicaments, autres) | |

INFORMATIONS ET JUSTIFICATIFS SUR LE PATRIMOINE

Solde actuel du compte courant (voir ci-dessous si vous devez fournir un relevé bancaire*)

\$ _____

Solde du compte d'épargne ordinaire

\$ _____

Votre famille dispose-t-elle de ces autres actifs ? **Veuillez cocher toutes les options qui s'appliquent.**

☐ Pas de patrimoine

☐ Actions ☐ Obligations ☐ 401K ☐ Compte(s) d'épargne santé

Pour les bénéficiaires de Medicare qui n'ont pas d'assurance Medicaid, Swedish peut demander des relevés bancaires ou d'autres justificatifs similaires.

**Cette information est uniquement demandée aux bénéficiaires de Medicare qui n'ont pas également d'assurance Medicaid. Pour tous les autres demandeurs, cette information est facultative. Ces informations peuvent être utilisées uniquement conformément à notre politique et à la réglementation de l'État dans lequel vous avez reçu des soins. Elles sont collectées et prises en compte comme l'exigent les centres de services Medicare et Medicaid (CMS) pour l'établissement des rapports sur les coûts de Medicare.*

Formulaire de demande de soins de bienfaisance/d'assistance financière - confidentiel

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Veuillez joindre une page supplémentaire si vous souhaitez nous communiquer d'autres informations sur votre situation financière actuelle, telles que des difficultés financières, des frais médicaux excessifs, des revenus saisonniers ou temporaires, ou une perte personnelle.

ACCORD DU PATIENT

Je comprends que Swedish peut vérifier les informations fournies en examinant mes informations de crédit et en obtenant des informations auprès d'autres sources pour déterminer mon éligibilité à l'assistance financière ou aux échéanciers de paiement.

J'atteste que les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et exactes. Je comprends que si les informations et les données financières que j'ai fournies s'avèrent fausses, l'assistance financière pourra m'être refusée et les services fournis relèveraient alors de ma responsabilité, auquel cas je pourrais être tenu de les payer.

Signature du demandeur

Date