

Comment faire une demande d'aide financière

Instructions pour remplir votre dossier de candidature

Conformément à la loi, tous les hôpitaux sont tenus d'accorder une aide financière aux personnes et aux familles qui remplissent certaines conditions. En fonction de la taille de votre famille et de vos revenus, vous pourriez bénéficier de soins gratuits ou payer moins cher pour certains services, même si vous disposez d'une assurance maladie. Pour consulter notre politique d'aide financière, rendez-vous sur **ohsu.edu/financial-assistance**.

Qu'est-ce qui est pris en charge par l'aide financière ?

- Toutes les prestations ne sont pas admissibles. Vous devrez vous assurer que cette prestation est prise en charge avant de le souscrire. Pour connaître la liste des prestations que **nous NE prenons PAS en charge**, consultez notre politique d'aide financière à l'adresse **ohsu.edu/financial-assistance**.
- Le fait que votre demande d'aide financière soit acceptée NE garantit PAS que vous bénéficierez de ces prestations.
- Si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de Medicaid ou d'autres programmes, nous vous encourageons à en faire la demande. Medicaid ou d'autres programmes peuvent offrir davantage de prestations.

Étapes à suivre pour remplir le formulaire de candidature



- ❶ Fournissez les informations vous concernant, ainsi que celles concernant votre famille.
 - Vous **N'avez PAS** besoin de fournir votre numéro de sécurité sociale.
 - Un foyer comprend une personne seule, un couple marié ou un couple en union civile enregistrée (même si cela n'apparaît pas sur votre déclaration d'impôts), ainsi que les personnes à charge que vous déclarez dans votre déclaration d'impôts.
Un enfant de moins de 18 ans est généralement considéré comme une personne à charge. Exemples de foyers :
 - Les couples légalement mariés (ou en union civile) qui vivent ensemble, ainsi que leurs enfants à charge âgés de moins de 18 ans, et toute autre personne vivant au sein ou en dehors du foyer que le couple déclare dans sa déclaration d'impôts.
 - Les couples non mariés ayant un ou plusieurs enfants en commun, si l'enfant est le patient.
 - Les ressortissants étrangers parrainés, leur parrain et la famille de ce dernier.
- ❷ Indiquez le revenu brut de votre foyer (revenu avant impôts et retenues).
- ❸ Déclarez vos biens et fournissez les justificatifs correspondants afin de nous permettre de déterminer si vous remplissez les conditions d'admissibilité aux programmes Medicaid.
- ❹ Joignez toute autre information que nous vous avons demandée.
- ❺ Signez et datez le formulaire de demande d'aide financière.

Pour obtenir de l'aide afin de remplir le formulaire de demande, composez le **503-494-8551**, du lundi au vendredi, 9 a.m-4:30 p.m.

Documents à joindre au formulaire



Veillez nous **envoyer les versions les plus récentes** de tous les documents ci-dessous vous concernant. Nous **NE** pourrons **PAS** vous restituer les documents originaux.

- ☐ **Justificatif de domicile.** Veuillez fournir l'un des documents suivants : une facture de services publics à votre nom, un contrat de location, un relevé de prêt immobilier pour votre résidence, une copie de votre permis de conduire ou de votre carte d'identité. Il se peut que nous vous demandions de fournir des justificatifs de domicile supplémentaires. Vous devez résider aux États-Unis et ne pas avoir l'intention de quitter le pays.
- ☐ **Bulletins de paie** des 3 derniers mois civils complets. Si vous ne disposez pas de vos bulletins de paie, vous pouvez nous fournir une lettre de votre employeur indiquant votre revenu brut pour les 3 derniers mois civils complets. *Les revenus sont comptabilisés au cours du mois où ils ont été perçus (date de paiement) et non au cours du mois où ils ont été gagnés.*
- ☐ Les **déclarations d'impôt sur le revenu** de l'année la plus récente, y compris les annexes éventuelles (telles que l'annexe C pour les revenus provenant d'une activité indépendante).
- ☐ **Sécurité sociale, anciens combattants, lettre d'attribution de pension** ou document équivalent.
- ☐ **Traitement des demandes** par la Division de l'emploi de l'État.
- ☐ Déclaration relative à la **pension alimentaire pour enfants** et/ou au **conjoint**.
- ☐ **Fiche de calcul des revenus d'activité indépendante** ou **compte de résultat** des 3 derniers mois civils complets.
- ☐ Documents justificatifs relatifs à **toute autre source de revenus** mentionnée dans votre demande, y compris les revenus provenant d'intérêts ou de dividendes, ou toute autre source de revenus récurrente.
- ☐ **Relevés bancaires ou de coopérative de crédit** relatifs aux comptes courants et aux comptes d'épargne.
- ☐ **Relevés de dépôt en espèces, d'actions, d'obligations ou de comptes d'investissement.**

Remettez le formulaire



- Nous vous informerons si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier d'une aide financière dans un délai de **3 semaines** à compter de la réception de votre dossier de demande dûment rempli et des pièces justificatives.
- Vous continuerez à recevoir des factures pendant que nous examinons votre demande.

Courrier :

Oregon Health & Science University
Patient Financial Services, RPB07 3181
SW Sam Jackson Park Road Portland, OR
97239-3098

Fax : 503-418-2377

E-mail : sfr@ohsu.edu

Pour le remettre en main propre :

Veillez composer le 503-494-8551 pour connaître le point de dépôt le plus proche de chez vous.

Formulaire de demande d'aide financière

Veillez remplir toutes les informations demandées dans leur intégralité. Si une question ne s'applique pas, inscrivez « NA » (sans objet). Joignez des pages supplémentaires si nécessaire.

INFORMATIONS PERMETTANT DE DÉTERMINER L'ADMISSIBILITÉ

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

Le patient a-t-il déposé une demande auprès de Medicaid ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Le patient bénéficie-t-il de prestations sociales de l'État telles que le TANF, le programme « Basic Food » ou le WIC ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

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

Les soins médicaux prodigués au patient sont-ils liés à un accident de la route ou à un accident du travail ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Pour quel établissement le patient sollicite-t-il une aide financière ? ☐ **Hillsboro Medical Center** ☐ **OHSU**

VEUILLEZ NOTER

- Nous ne pouvons pas garantir que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une aide financière, même si vous en faites la demande.
- Une fois votre dossier envoyé, nous pourrions vérifier toutes les informations fournies et vous demander des renseignements complémentaires ou des justificatifs de revenus.
- Dans un délai de 21 jours calendaires à compter de la réception de votre dossier de demande dûment rempli et des pièces justificatives, nous vous informerons si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de cette aide.

INFORMATIONS SUR LE PATIENT ET LE DEMANDEUR

Prénom du patient	Second prénom du patient		Nom du patient
☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre (veuillez préciser _____)	Date de naissance		Numéro de sécurité sociale du patient (facultatif)
Responsable du paiement de la facture	Relation avec le patient	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale (facultatif)
Adresse postale (y compris l'adresse physique si elle diffère)			Numéros de téléphone principaux
_____ _____ _____			() _____ () _____ Adresse e-mail : _____
Ville	État	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** ☐ **Personne en situation de handicap** ☐ **Retraité** ☐ **Autre** (_____)

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Énumérez les membres de votre foyer ou de votre famille dont vous avez la charge financière, y compris vous-même. Veuillez consulter les instructions pour connaître les définitions et les exemples relatifs à la notion de « foyer ».

TAILLE DE LA FAMILLE _____

Joignez une page supplémentaire si nécessaire

Nom	Date de naissance	Relation avec le patient	Nom de l'employeur ou des employeurs ou source de revenus	Revenu mensuel brut total (avant impôts) :	Demandez-vous également une aide financière ?
					Oui/Non
					Oui/Non
					Oui/Non

Les revenus du travail et les revenus non salariaux de tous les membres adultes de la famille doivent être déclarés. Veuillez indiquer les revenus non salariaux de chaque membre du foyer âgé de moins de 18 ans. Parmi les sources de revenus, on peut citer, par exemple :

- | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|--------------|
| - Salaires | - Chômage | - Activité indépendante | - Indemnisation des accidents du travail | - Invalidité |
| - SSI | - Pension alimentaire pour enfants/conjoint | - Programmes d'alternance (étudiants) | - Retraite | |
| - Prélèvements sur un plan d'épargne-retraite | - Autre (veuillez préciser) _____ | | | |

INFORMATIONS SUR LES REVENUS

N'OUBLIEZ PAS : Vous devez joindre un justificatif de revenus à votre demande.

Vous devez fournir des informations sur les revenus de votre famille. Une attestation de revenus est nécessaire pour déterminer le montant de l'aide financière.

Tous les membres de la famille doivent déclarer leurs revenus. Veuillez fournir un justificatif pour chaque source de revenus identifiée. Veuillez consulter la page de garde pour obtenir la liste complète des conditions de ressources. Voici quelques exemples de justificatifs de revenus :

- Fiches de paie récentes (3 mois) ; et
- Déclaration d'impôt sur le revenu de l'année dernière, y compris les annexes, le cas échéant ; et
- Déclarations écrites et signées, émanant d'employeurs ou d'autres personnes ; et
- Acceptation ou refus de l'admissibilité à Medicaid et/ou à l'aide médicale financée par l'État ; et
- Acceptation ou rejet de la demande d'indemnisation chômage
- Relevés des établissements financiers

Si vous ne percevez aucun revenu, veuillez joindre une page supplémentaire contenant une explication.

INFORMATIONS SUR LES DÉPENSES

Facultatif. Elles peuvent être utiles dans certaines situations pour avoir une vision plus complète de votre situation financière.

Dépenses mensuelles du foyer :

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

INFORMATIONS SUR LES BIENS

*Ces informations serviront à déterminer l'admissibilité à certains programmes Medicaid.
Elles ne sont pas utilisées pour déterminer le droit à une aide financière*

Solde actuel du compte courant
\$ _____
Solde actuel du compte d'épargne
\$ _____

Votre famille possède-t-elle ces autres biens ?

Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent

- ☐ Actions ☐ Obligations ☐ Compte(s) d'épargne santé
☐ Fonds fiduciaire(s) ☐ Biens immobiliers (hors résidence principale)
☐ Propriétaire d'une entreprise

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Veuillez joindre une page supplémentaire si vous souhaitez nous communiquer d'autres informations concernant votre situation financière actuelle, telles que des difficultés financières, des frais médicaux élevés, des revenus saisonniers ou temporaires, ou encore un préjudice personnel.

ACCORD DU PATIENT

Je comprends qu'OHSU Health puisse vérifier certaines informations en consultant mon dossier de crédit et en recueillant des renseignements auprès d'autres sources afin de déterminer si je remplis les conditions requises pour bénéficier d'une aide financière ou d'un plan de paiement.

Je certifie que, à ma connaissance, les informations ci-dessus sont véridiques et exactes. Je comprends que si les informations financières que je fournis s'avèrent fausses, cela peut entraîner le refus de l'aide financière, et que je pourrais être tenu(e) de prendre en charge le coût des services fournis.

Signature du demandeur

Date