

Instructions du formulaire de demande de prise en charge caritative/aide financière

Ceci est une demande d'aide financière (également appelée prise en charge caritative) pour Overlake Hospital Medical Center (OHMC) et/ou Overlake Medical Clinics, LLC (OMC)

L'État de Washington exige que tous les hôpitaux fournissent une aide financière aux personnes et familles qui remplissent certains critères de revenus. Vous pouvez être admissible pour une prise en charge gratuite ou à tarif réduit en fonction de la taille et des revenus de votre famille, même si vous avez une assurance santé. *Vous pouvez consulter la politique d'aide financière à l'adresse www.overlakehospital.org/financialpolicies*

Que couvre l'aide financière ? L'aide financière couvre les services fournis par OHMC et/ou OMC selon votre admissibilité. Il est possible que l'aide financière ne couvre pas le coût de tous les soins, notamment les services fournis par d'autres organisations.

Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide pour remplir cette demande : Appelez notre coordinateur de l'aide financière au 425-635-6239. Vous pouvez demander de l'aide pour n'importe quel motif, y compris en cas de handicap ou pour obtenir une aide linguistique.

Pour que votre demande soit traitée, vous devrez :

- Fournir des informations concernant votre famille**
Indiquer le nombre de membres de votre famille vivant dans votre foyer (la famille inclut les personnes liées par naissance, mariage ou adoption vivant ensemble)
- Fournir des informations concernant le revenu mensuel brut de votre famille (revenu avant imposition et déductions)**
- Fournir des documents justifiant les revenus de la famille**
- Joindre des informations supplémentaires, si nécessaire**
- Signer et dater le formulaire**

Remarque : Vous n'avez pas l'obligation d'indiquer un numéro de sécurité sociale pour déposer une demande d'aide financière.

Indiquer votre numéro de sécurité sociale nous permettra d'accélérer le traitement de votre demande. Le numéro de sécurité sociale est utilisé pour vérifier les informations qui nous sont communiquées. Si vous ne possédez pas de numéro de sécurité sociale, veuillez indiquer « non applicable » ou « NA ».

Envoyez la demande dûment remplie par courrier ou par télécopie accompagnée de tous les documents à :

Overlake Hospital Medical Center
1035 116th Ave NE
Bellevue, WA 98004-9971
Attn: Patient Financial Services

Vous pouvez utiliser l'enveloppe de retour ci-jointe.
Pensez à conserver une copie à votre usage.

Nous vous aviserons de la détermination finale d'admissibilité et de vos droits de recours, le cas échéant, sous 14 jours calendaires après réception d'une demande d'aide financière dûment complétée, accompagnée des justificatifs de revenus.

En envoyant une demande d'aide financière, vous consentez à ce que nous fassions les vérifications nécessaires pour confirmer vos obligations et informations financières.

Nous voulons vous aider. Veuillez à envoyer votre demande rapidement !

Il est possible que vous receviez des factures jusqu'à ce que nous recevions vos informations

Formulaire de demande de prise en charge caritative/aide financière - Confidentiel

Veuillez renseigner toutes les informations complètement. Si une question ne vous concerne pas, écrivez « NA ».
Joignez des pages supplémentaires si nécessaire.

INFORMATIONS DE SÉLECTION

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

Le patient a-t-il déposé une demande Medicaid ? **Oui** **Non** Il peut être obligatoire de déposer une demande afin d'être considéré au titre de l'aide financière

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

Le nécessité de recevoir des soins médicaux est-elle liée à un accident de voiture ou à un accident du travail ? **Oui** **Non**

REMARQUE

- Nous ne pouvons pas garantir que vous serez admissible à l'aide financière, même si vous en faites la demande.
- Une fois votre demande envoyée, nous pourrions vérifier toutes les informations fournies et vous demander des informations supplémentaires ou des justificatifs de revenus.
- Sous 14 jours calendaires après réception de votre demande dûment complétée et des documents connexes, nous vous informerons si vous êtes admissible à une aide.

INFORMATIONS SUR LE PATIENT ET LE DEMANDEUR

Prénom du patient	Deuxième prénom du patient		Nom du patient
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre (vous pouvez préciser _____)	Date de naissance		Numéro de sécurité sociale (facultatif*) <i>*Facultatif, mais nécessaire pour bénéficier d'une aide plus généreuse supérieure aux exigences de la loi en vigueur dans l'État [? ? ?]</i>
Personne responsable du paiement de la facture	Relation avec le patient	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale (facultatif*) <i>*Facultatif, mais nécessaire pour bénéficier d'une aide plus généreuse supérieure aux exigences de la loi en vigueur dans l'État [? ? ?]</i>
Adresse postale _____ _____ Ville État Code postal			Numéros de téléphone principaux () _____ () _____ Adresse e-mail : _____
Statut professionnel de la personne responsable du paiement de la facture <input type="checkbox"/> Employé (date d'embauche : _____) <input type="checkbox"/> Sans emploi (depuis combien de temps : _____) <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre (_____)			

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Énumérez les membres de la famille vivant dans votre foyer, dont vous-même. « famille » inclut les personnes liées par naissance, mariage ou adoption vivant ensemble.

TAILLE DE LA FAMILLE _____
nécessaire

Joindre une page supplémentaire si

Nom	Date de naissance	Relation avec le patient	Si âgé de 18 ans ou plus : Nom du ou des employeurs, ou source	Si âgé de 18 ans ou plus : Revenu mensuel brut total (avant imposition) :	Vous déposez également une demande d'aide financière ?
-----	-------------------	--------------------------	---	--	--

			de revenus		
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
<p>Tous les revenus de tous les membres adultes de la famille doivent être divulgués. Les sources de revenus incluent, par exemple :</p> <p>- Salaires - Allocations chômage - Travailleur indépendant - Indemnités d'accident du travail - Allocations d'invalidité - Allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI) - Pension alimentaire - Programmes de travail-études (étudiants) - Pension - Distributions d'un compte-retraite - Autre (<i>veuillez expliquer _____</i>)</p>					

Formulaire de demande de prise en charge caritative/aide financière - Confidentiel

INFORMATIONS SUR LES REVENUS

RAPPEL : Vous devez inclure un justificatif de revenus avec votre demande.

Vous devez fournir des informations concernant les revenus de votre famille. La vérification des revenus est obligatoire pour déterminer l'aide financière.

Tous les membres de la famille âgés de 18 ans ou plus doivent divulguer leurs revenus. Si vous n'êtes pas en mesure de fournir des justificatifs, vous pouvez envoyer une déclaration écrite signée décrivant votre revenu. Veuillez fournir un justificatif pour chaque source de revenu identifiée.

Les exemples de justificatifs de revenus incluent :

- Une déclaration de retenue « W-2 » ; ou
- Des fiches de paie (3 mois) ; ou
- La déclaration de revenus de l'année dernière, y compris les échéanciers, le cas échéant ; ou
- Des déclarations écrites signées d'employeurs ou autres ; ou
- Avis d'approbation/de refus d'admissibilité à Medicaid et/ou à l'aide médicale financée par l'état ; ou
- Avis d'approbation/de refus de refus d'admissibilité aux allocations chômage.

Si vous n'avez aucun justificatif de revenus ou aucun revenu, veuillez joindre une page supplémentaire contenant une explication.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Veuillez joindre une page supplémentaire s'il y a d'autres informations concernant votre situation financière actuelle que vous souhaitez porter à notre attention, comme une difficulté financière, un revenu saisonnier ou temporaire, ou un deuil personnel.

ACCORD DU PATIENT

Je comprends que Overlake Hospital Medical Center/Overlake Medical Clinics LLC pourra vérifier les informations en examinant mes informations de crédit et en obtenant des informations auprès d'autres sources pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière ou aux plans de paiement.

J'affirme que les informations susmentionnées sont véridiques et correctes à ma connaissance. Je comprends que si les informations que je fournis sont jugées fausses, toute aide financière sera refusée, et je serai responsable du paiement des services fournis.

Signature du demandeur

Date