

# Évaluation de l'aide financière

Veillez lire attentivement toutes les instructions et n'hésitez pas à nous contacter pour toute question.

Important : **VOUS POURRIEZ BÉNÉFICIER DE SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT.** Remplir ce formulaire permettra à BJC Health (« BJC ») de déterminer si vous pouvez bénéficier de services gratuits ou à prix réduit, ou si vous êtes admissible à d'autres programmes publics pouvant contribuer au financement de vos soins de santé.

**SI VOUS N'ÊTES PAS ASSURÉ, UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE N'EST PAS REQUIS POUR BÉNÉFICIER DE SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT CHEZ BJC.** Toutefois, un numéro de sécurité sociale est requis pour certains programmes publics, notamment Medicaid. Il n'est pas obligatoire de fournir un numéro de sécurité sociale, mais cela aidera BJC à déterminer si vous êtes admissible à des programmes publics.

BJC Health regroupe des hôpitaux et des établissements de santé qui font partie de BJC HealthCare, Saint Luke's, et St. Louis Children's à CoxHealth. Pour contacter notre service clientèle, veuillez téléphoner ou envoyer un courriel aux coordonnées suivantes :

BJC HealthCare	Saint Luke's comprennent Allen County Clinic–Iola,	St. Louis Children's à CoxHealth
314-362-8400	816-932-5678	417-815-8846
855-362-8400	888-581-9401	833-345-1395
<a href="mailto:patacct@bjc.org">patacct@bjc.org</a>	<a href="mailto:slhsbilling@saintlukeskc.org">slhsbilling@saintlukeskc.org</a>	<a href="mailto:financialassistanceapplications@coxhealth.com">financialassistanceapplications@coxhealth.com</a>

Veillez remplir ce formulaire et le soumettre à l'organisme auprès duquel vous sollicitez votre aide. Vous pouvez soumettre le formulaire en personne au lieu de prestation de services ou suivre les instructions de soumission ci-dessous pour faire une demande de soins gratuits ou à prix réduit. Les formulaires de demande d'aide financière doivent être soumis dans les 240 jours suivant la date de facturation initiale.

- BJC HealthCare : Envoyez votre courrier à P.O. Box 790024, St. Louis, MO 63179-0024, par courriel à [patacct@bjc.org](mailto:patacct@bjc.org) ou par fax au 314-747-6977.
- Soldes des médecins pour les hôpitaux Saint Luke's (Plaza, North, South, East, Allen County, Anderson, Hedrick et Wright) et Anderson, Hedrick, Wright et Saint Luke's Physician Group : Courrier à Saint Luke's, 901 E. 104th St., Attn: Hospital CBO 6th Floor, Kansas City, MO 64131, ou envoyez un courriel à [slhsbilling@saintlukeskc.org](mailto:slhsbilling@saintlukeskc.org).
- Saint Luke's Home Care & Hospice : Courrier à Saint Luke's Home Care & Hospice, 901 E. 104th St., Attn: Home Care & Hospice 6th Floor, Kansas City, MO 64131 ou envoyez un courriel à [slhsbilling@saintlukeskc.org](mailto:slhsbilling@saintlukeskc.org).
- Bishop Spencer Place : Courrier à Bishop Spencer Place, 4301 Madison Ave., Kansas City, MO 64111.
- St. Louis Children's à CoxHealth: Courrier à St. Louis Children's à CoxHealth, Attn: Financial Counselors, 1423 N. Jefferson Ave., Springfield, MO 65802.

Le patient reconnaît qu'il a fait des efforts de bonne foi pour fournir toutes les informations demandées dans le formulaire de demande afin d'aider l'hôpital à déterminer si le patient est éligible à une aide financière.

Si le patient réside dans l'Illinois, n'est pas assuré et a reçu des soins à l'hôpital Alton Memorial, à l'hôpital Memorial de Belleville ou à l'hôpital Memorial de Shiloh, il peut signaler toute plainte ou préoccupation concernant la procédure de demande de réduction pour les patients non assurés ou la procédure d'aide financière de l'hôpital au Bureau des soins de santé de l'Illinois. Procureur général sur le site web <https://illinoisattorneygeneral.gov/Consumer-Protection/Health-Care/> ou en appelant le 877-305-5145.

# Évaluation de l'aide financière

INFORMATIONS SUR LE PATIENT			
Nom du patient		Date de naissance (DOB)	Numéro de sécurité sociale du patient <small>(Facultatif et non obligatoire)</small>
Race <small>(Facultatif et non obligatoire)</small>	Ethnie <small>(Facultatif et non obligatoire)</small>	Sexe <small>(Facultatif et non obligatoire)</small>	Langue de préférence <small>(Facultatif et non obligatoire)</small>
PATIENT		PERSONNE RESPONSABLE DE LA FACTURE	
Résident de l'Illinois au moment de la prestation ? Oui _____ Non _____		Nom	
Rue		Rue	
Ville, code postal		Ville, code postal	
Téléphone : ( )		Téléphone : ( )	
Adresse e-mail :		Adresse e-mail :	
INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOI			
Employeur du patient / de la personne responsable		Nom du conjoint / partenaire / tuteur	
		Employeur du conjoint/partenaire/tuteur	
AUTRES INFORMATIONS			
1. Le patient a-t-il été impliqué dans un accident présumé qui a entraîné le besoin de services ?			Oui _____ Non _____
2. Le patient a-t-il été victime d'un crime présumé qui a entraîné le besoin de services ?			Oui _____ Non _____
3. Nombre de personnes dans la famille et/ou le foyer du patient ?			
4. Nom, lien de parenté et âge des personnes à charge* du patient/de la personne responsable ?			
*Par personne à charge, on entend un mineur ou toute personne inscrite comme personne à charge sur la déclaration de revenus fédérale du patient ou de la personne responsable.			

**INDIQUEZ DANS LA SECTION CI-DESSOUS TOUTES LES COUVERTURES D'ASSURANCE EN RAPPORT AVEC LA PRESTATION REÇUE\*\***

Type d'assurance	Nom de l'assurance	Numéro de police	Numéro de groupe
Health Insurance			
Medicare			
Complémentaire Medicare			
Medicaid			
Avantages pour les anciens combattants			

**REVENU MENSUELLES**

(Joignez l'un des documents suivants comme preuve de revenu)

- A. Dernière déclaration de revenus      D. Vérification écrite des revenus d'un employeur en cas de paiement en espèces  
 B. Formulaire W-2 et formulaires  
 1099 les plus récents                      E. Preuve de non-déclaration (formulaire IRS 4506)  
 C. Les deux (2) derniers bulletins de paie

**Les informations sur les revenus doivent être fournies afin que votre demande puisse être traitée.**

	Patient	Conjoint/partenaire	Parents/tuteur
Salaires mensuels bruts			
Revenus d'un travail indépendante			
Sécurité sociale			
Assurance invalidité de la sécurité sociale			
Invalidité privée			
Invalidité des anciens combattants			
Pension des anciens combattants			
Chômage			
Indemnisation des accidents du travail			
Revenu de retraite			
Pension alimentaire pour enfants			
Pension alimentaire ou autre forme d'aide au conjoint			
Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF)			
Autres — Liste			

**\*\*EXCEPTIONS :** Si le patient est un résident de l'Illinois, n'est pas assuré et reçoit des services à l'hôpital Alton Memorial, à l'hôpital Memorial de Belleville ou à l'hôpital Memorial de Shiloh et répond aux critères d'admissibilité présumés décrits dans 77 ILAC 4500.40 ou est autrement présumé admissible en raison du revenu familial, le patient n'est pas tenu de remplir cette section de la demande.

Si le patient sollicite une aide relative aux services fournis dans les centres NHSC, il n'est pas tenu de remplir la section assurance du formulaire de demande. Les sites NHSC pour BJC HealthCare comprennent Missouri Baptist Sullivan Hospital Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office, et Sullivan Medical Office; et Parkland Health Center Medical Clinic. Les sites NHSC pour Saint Luke's comprennent Allen County Clinic—Iola, Anderson County Family Care Center, Hedrick Family Care Clinic, Hedrick Medical Center, Hedrick OB GYN Associates, Saint Luke's Mercer County Clinic, Wright Memorial Hospital, et Wright Memorial Physicians Group.

**JOINDRE TOUTE AUTRE INFORMATION PERTINENTE CONCERNANT LA SITUATION FINANCIÈRE**

ATTESTATION : Je certifie que les informations contenues dans cette demande sont exactes et véridiques au meilleur de ma connaissance. Je reconnais que BJC Health s'attend à ce que je sollicite toute aide étatique, fédérale ou locale à laquelle je pourrais prétendre pour contribuer au paiement de cette facture d'hôpital. Je comprends que les informations fournies peuvent être vérifiées par BJC Health, et j'autorise BJC Health à contacter des tiers pour vérifier l'exactitude des informations fournies dans cette demande. Je comprends que si je fournis sciemment de fausses informations dans la présente demande, je ne pourrai pas bénéficier d'une aide financière, que toute aide financière qui m'a été accordée pourra être annulée et que je serai responsable du paiement de la ou des factures.

Signature du patient/de la personne responsable :

Date :