

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Nous vous remercions de choisir MercyOne pour vos soins de santé. Dans le cadre de la politique de MercyOne qui consiste à fournir des soins de santé de qualité à tous, quelle que soit leur situation financière, le programme d'aide financière de MercyOne apporte une aide financière aux personnes dans le besoin, d'une manière équitable et non discriminatoire. Pour nous aider à déterminer si vous pouvez bénéficier d'une aide financière, veuillez remplir et renvoyer cette demande accompagnée de copies des documents exigés dans la demande.

Les patientes en obstétrique peuvent bénéficier de prestations offertes par l'État de l'Iowa. Veuillez contacter le service de conseil financier si vous souhaitez obtenir des informations sur ces programmes. Vous trouverez les coordonnées des personnes à contacter à l'annexe A.

### Instructions relatives à la demande d'aide financière

Veuillez envoyer des copies, car les originaux ne vous seront pas renvoyés. Le demandeur et son conjoint doivent fournir toutes les informations dans un délai de 30 jours.

- Une copie de vos bulletin de salaire ou chèques de paie les plus récents.
- Une copie des relevés bancaires complets des deux derniers mois pour tous vos comptes bancaires, toutes les pages incluses (justificatif des dépôts récurrents).
- Autres sources de revenus : sécurité sociale, pension, invalidité, loyer, allocation de chômage/lettre de refus, indemnités d'accident du travail, pension alimentaire, bourses scolaires, formulaire W-2 récent pour les revenus saisonniers.
  1. Si un ou plusieurs de ces critères s'appliquent à vous, veuillez inclure la copie la plus récente de la lettre d'attribution.
  2. Si le patient est mineur et que vous ne percevez pas de pension alimentaire, veuillez joindre le bulletin de salaire ou chèque de paie le plus récent de l'autre parent, ainsi que les impôts actuels, y compris toutes les annexes.
  3. Si vous n'avez pas de revenus, remplissez la partie Lettre de soutien financier dans la demande.
- Une copie complète de votre déclaration d'impôt fédéral de l'année précédente, signée, y compris toutes les annexes. Si vous avez des revenus d'activité indépendante, de location ou d'exploitation agricole, veuillez joindre les annexes C, E et F. Pour les travailleurs indépendants/dépendants, veuillez fournir une copie de vos déclarations de bénéfices et de pertes des trois derniers mois.
- Une copie des pages trois et quatre du présent document (la demande d'aide financière) portant les signatures requises.

MercyOne répondra au demandeur par écrit dans un délai de 30 jours ouvrables à compter de la réception de la demande dûment remplie et des informations complémentaires.

**Si vous avez des questions sur le formulaire de demande ou sur l'état d'avancement de votre demande, veuillez contacter le service de conseil financier. Les coordonnées du service de conseil financier et les adresses postales se trouvent à l'annexe A.**

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE CONFIDENTIELLE

Pour les services hospitaliers et professionnels fournis par les établissements et les médecins de Trinity Health

### Coordonnées

Ministère de la santé	Envoyez le formulaire de demande dûment rempli et les documents complémentaires à l'adresse suivante :	Numéro de téléphone	Numéro de fax
Cedar Falls	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 ou 1-800-728-0159	319-272-5757
Clinton	MercyOne Clinton Medical Center Attention: Financial Counselor 1410 N. 4th St., Clinton, IA 52732	563-244-5678	563-244-3523
Des Moines / West Des Moines	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
Des Moines Clinic	MercyOne Medical Group 405 SW 5 <sup>th</sup> Street Ste E, Des Moines, IA, 50309	515-643-2519	515-358-7294
Dubuque	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 ou 563-589-9066	563-589-9029
Dyersville	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 ou 563-589-9066	563-589-9029
Newton	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
New Hampton	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 ou 641-428-7824	641-428-7886
North Iowa (Mason City)	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 ou 641-428-7824	641-428-7886
Oelwein	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 ou 1-800-728-0159	319-272-5757
Primghar	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-957-2300	712-957-0030
Siouxland	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-279-2323	712-279-2769
Waterloo	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 ou 1-800-728-0159	319-272-5757

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE CONFIDENTIELLE

Pour les services hospitaliers et professionnels fournis par les établissements et les médecins de Trinity Health

**Veillez compléter et signer le formulaire de demande et le renvoyer dans les 10 jours, accompagné des copies des documents suivants :**

### Justificatifs obligatoires

- Justificatif de revenu brut du mois dernier
- Relevés bancaires complets des deux derniers mois de tous les comptes bancaires, avec toutes les pages (explication des dépôts récurrents)
- Déclaration d'impôts récente (formulaire 1040 avec annexe C, E ou F) ou compte de résultat de trois mois (pour les travailleurs indépendants/personnes à charge)

### Fournir les éléments suivants, le cas échéant

- Formulaire W2 récent pour les revenus saisonniers
- Allocations de chômage/Lettre de refus
- Pension alimentaire
- Pas de revenus - Remplir la partie de la demande consacrée à la lettre de soutien financier

### Informations concernant le patient

Nom du patient		Date de naissance	
Numéro de sécurité sociale/numéro EIN (facultatif)	Téléphone portable	Autre téléphone	
Adresse postale	Ville	État	Code postal
Adresse électronique	Dans quel État résidez-vous?		
État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Autre _____			
Déposez-vous une déclaration d'impôt fédéral? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi?		Pouvez-vous être déclaré(e) comme personne à charge sur la déclaration d'impôts d'une autre personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Est-ce que vous ou les personnes à votre charge étiez couverts par une assurance maladie au moment du service? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Fournir une copie de la carte d'assurance)			
Êtes-vous un(e) résident(e) légal(e) des États-Unis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre			
Membres du ménage, y compris vous-même sur la base de vos dernières déclarations d'impôts	Date de naissance	Relation avec le patient	Déclaré(e) dans la déclaration d'impôts (Oui/Non)

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE CONFIDENTIELLE

Pour les services hospitaliers et professionnels fournis par les établissements et les médecins de Trinity Health

Vérification des revenus de tous les membres du ménage					
Source de revenu mensuel	Qui reçoit cela?	Revenu mensuel brut (avant impôts)	Source de revenu mensuel	Qui reçoit cela?	Revenu mensuel brut (avant impôts)
Salaires			Indemnisation des accidents du travail		
Sécurité sociale/invalidité			Chômage		
Retraite [Pension]			Pension alimentaire		
Travail indépendant			Revenus fonciers locatifs		
Assistance publique			Autre		
Lettre de soutien financier - À remplir uniquement par la personne fournissant le soutien.					
<input type="checkbox"/> Je contribue à plus de 50% aux frais de subsistance du patient, mais je ne suis pas en mesure de l'aider à payer ses factures médicales					
<input type="checkbox"/> En signant cette lettre, je certifie que la déclaration ci-dessus est correcte et que je ne serai en aucun cas tenu responsable des factures du patient. Si vous avez des questions, veuillez me contacter au: _____ (Numéro de téléphone)					
<b>Nom de la personne fournissant le soutien</b>				<b>Relation avec le patient</b>	
<b>Signature de la personne fournissant le soutien</b>				<b>Date</b>	

## VÉRIFICATION DES REVENUS ET DE L'IDENTITÉ

Je certifie que les informations figurant dans la présente demande sont, à ma connaissance, exactes et complètes. Je comprends que les informations fournies peuvent faire l'objet d'une vérification. Je serai responsable du remboursement de tous les services fournis aux affiliés de Trinity Health si les informations ci-dessus sont fournies de façon frauduleuse.

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Ou Signature du tuteur légal (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Relation avec le patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_