

Date(s) de prise en charge ou de
création du dossier
Numéro(s)* :

Demande d' Aide financière

À l'usage exclusif du service

Initiales FC :

Ce formulaire sert de demande d'aide financière auprès des hôpitaux mentionnés ci-dessus. Afin de mieux gérer vos soins, si cette demande unique est approuvée, vous serez éligible à l'aide financière dans chacun de ces hôpitaux du réseau Northern Light Health. Votre demande dûment remplie sera transmise à ces hôpitaux uniquement dans la mesure où la loi l'autorise ou l'exige.

PATIENT/DEMANDEUR		INFORMATIONS SUR L'EMPLOI				SANS EMPLOI ?	
NOM :		NOM DE L'EMPLOYEUR :				DERNIÈRE DATE DE TRAVAIL :	
SSN (facultatif) :	Date de naissance :	DATE D'EMBAUCHE :					
		INTITULÉ DU POSTE :				VEUILLEZ PRÉCISER :	
TÉLÉPHONE PORTABLE/DOMICILE :		TÉLÉPHONE :					
ADRESSE :		ADRESSE :					
E-MAIL (facultatif) :		ÉTAT CIVIL (facultatif) :				(À l'usage du service) N° MR	
INFORMATIONS SUR LA FAMILLE : Pour l'éligibilité aux soins caritatifs, le terme « famille » désigne les personnes liées par le sang, le mariage ou l'adoption qui vivent sous le même toit et dont vous avez la charge légale. Veuillez énumérer les membres de votre famille vivant dans votre foyer		Lien de parenté	Date de naissance	Cette personne demande-t-elle également une aide financière ? Oui/Non	Revenu annuel	Nom du régime d'assurance santé actuel	(À l'usage du service) N° MRN

UN MEMBRE DU FOYER A-T-IL FAIT UNE DEMANDE D'AIDE AUPRÈS DE MAINECARE AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS ? _____

SI OUI : JOIGNEZ UNE COPIE DE LA LETTRE DE DÉCISION

SI UN MEMBRE DU FOYER DISPOSE D'UNE ASSURANCE, VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE LA OU DES CARTES.

VEUILLEZ VÉRIFIER SI L'ASSURANCE EST SOUSCRITE VIA LA PLATEFORME D'ASSURANCE SANTÉ. Oui/Non

*Les comptes ne seront éligibles à ce programme que si la date de la demande d'aide financière se situe dans les 240 jours suivant la date du premier relevé de chaque compte concerné.

Revenu <u>familial brut</u> mensuel	Demandeur	Co-demandeur
Salaires et traitements		
Revenus locatifs (à l'exception des Amérindiens et des Indiens d'Alaska)		
Revenus de la Sécurité sociale / Revenus de retraite		
Activité indépendante		
Rémunération militaire / Pension		
Prestation d'invalidité de la Sécurité sociale (SSDI)		
Allocations chômage		
Pension alimentaire (en cas de divorce avant le 1er janvier 19)		
Allocatons TANF ou aide sociale générale		
Indemnités (coaches, pasteurs, etc.)		
Lettre de soutien / Aide de la famille ou d'amis		
Autres revenus imposables		
TOTAL	\$	\$

SIGNATURES :			
PATIENT/DEMANDEUR	DATE	CO-DEMANDEUR	DATE

Instructions et fiche de calcul pour la demande d'aide financière

Nous vous remercions d'avoir demandé un dossier de demande d'aide financière auprès de Northern Light Health. Nous avons besoin de certains éléments avant de pouvoir statuer sur votre demande. Votre demande doit être complète et inclure tous les membres de votre foyer. Vous devez également fournir des **justificatifs de revenus** pour tous les membres de votre foyer. Les patients bénéficieront d'une aide pour souscrire une couverture d'assurance accessible, MaineCare et/ou d'autres solutions proposées par des tiers. Pour être éligible, vous devez être résident du Maine au sens de l'article 22 MRSA 1716-A ; les non-résidents ne seront pris en compte que pour les soins d'urgence. **Remplissez la fiche ci-dessous pour savoir quels documents nous attendons de votre part.**

✓ **TOUT CE QUI S'APPLIQUE À TOUS LES MEMBRES DE VOTRE FOYER**

SI UNE DES PERSONNES EST...	✓ CASE	VOUS DEVEZ FOURNIR DES COPIES DES DOCUMENTS SUIVANTS :
Rémunération brute versée par un employeur avant déductions		Derniers bulletins de paie ou relevés détaillés de chaque emploi indiquant le revenu brut des 13 dernières semaines ou des 12 derniers mois
Revenus locatifs (à l'exception des Amérindiens et des Indiens d'Alaska)		Déclaration du compte de résultat des 13 dernières semaines ou des 12 derniers mois
Travailleurs indépendants		Déclaration du compte de résultat des 13 dernières semaines ou des 12 derniers mois
Sans emploi percevant des allocations chômage		Relevé hebdomadaire des demandes d'allocations indiquant le revenu brut des 13 dernières semaines. Pour demander ce document, appelez le 1-800-593-7660 ou rendez-vous sur : https://www.maine.gov/labor/unemployment
Pensions alimentaires ou allocations familiales militaires		Pension alimentaire en cas de divorce avant le 01/01/19 - Lettre d'attribution ou de prestations, ou relevé des 13 dernières semaines ou des 12 derniers mois indiquant le revenu brut/les versements
Bénéficiaires de prestations d'invalidité de courte/longue durée		Lettre d'attribution ou de prestations indiquant les revenus bruts des 13 dernières semaines ou les revenus bruts des 12 derniers mois (lettre de confirmation en cas de demande d'invalidité en cours)
Bénéficiaires de revenus de la Sécurité sociale ou d'invalidité (SSI/SSDI)		Lettre d'attribution de l'année en cours. Vous pouvez demander une copie de votre lettre de prestations en appelant le 1-877-405-1448 (région de Bangor) ou le 1-877-319-3076 (région de Portland)
Dividendes, intérêts, redevances provenant de successions ou de fiducies		Documents indiquant le revenu brut ou les versements des 13 dernières semaines ou des 12 derniers mois
Retraités et bénéficiaires de prestations de retraite		Lettre ou relevé de prestations (s'il s'agit d'un plan 401K, d'un IRA, etc.) indiquant le revenu brut des 13 dernières semaines
Bénéficiaire d'allocations TANF ou d'aide sociale générale		Lettre de décision du Department of Health and Human Services (Département de la Santé et des Services sociaux (DHHS))
Ne pas exercer d'activité professionnelle, mais bénéficier de l'aide d'amis ou de membres de la famille		Fournir une lettre décrivant l'aide que vous recevez, signée par la personne qui vous apporte cette aide
Étudiant(e)		Si vous êtes déclaré(e) comme personne à charge sur la déclaration d'impôts d'une autre personne, il pourra vous être demandé de fournir des informations concernant le niveau de prise en charge dont vous bénéficiez.

**Veuillez fournir des copies des justificatifs de revenus comme indiqué ci-dessus ; les originaux ne seront pas restitués.*

Afin de pouvoir prétendre à une aide financière, les patients seront accompagnés dans leurs démarches pour souscrire une couverture d'assurance accessible, bénéficier du programme MaineCare et/ou accéder à d'autres aides proposées par des tiers.

***Contactez votre antenne locale du Department of Health and Human Services (Département de la santé et des services sociaux (DHHS)) au :
1-800-442-6003 ou rendez-vous sur :
<https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>**

Remarque : si vous avez récemment déposé une demande auprès du DHHS, veuillez nous en informer et nous transmettre une copie du courrier de décision dès que vous l'aurez reçu.

**Si le DHHS rejette votre demande parce que vos revenus sont trop élevés, vous pouvez tout de même être éligible dans le cadre d'une franchise (« spenddown »)*

- ❖ Votre demande doit être signée et datée, attestant de l'exactitude des informations fournies.
- ❖ Si vous avez des questions concernant la procédure de demande, veuillez appeler le numéro de téléphone indiqué sur votre facture.
- ❖ Si vous ne fournissez pas les informations requises, votre demande sera traitée avec retard ou rejetée.
- ❖ Veuillez noter que toute information fournie qui s'avérerait fausse entraînera le refus de l'aide financière et que le demandeur devra alors assumer la responsabilité financière des frais liés aux services fournis par l'hôpital.
- ❖ Veuillez noter que le fait de fournir sciemment de fausses informations est illégal.
- ❖ Adresses postales pour l'envoi des demandes :

Northern Light Acadia Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Inland Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light AR Gould Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Maine Coast Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Blue Hill Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mayo Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light CA Dean Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mercy Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Eastern Maine Medical Center Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Seabasticook Valley Health Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000

Déclaration de non-discrimination

Northern Light Health et ses établissements affiliés (ci-après dénommés « Northern Light Health ») respectent la législation applicable en matière de droits civiques et ne pratiquent aucune discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'origine ethnique, l'âge, le handicap physique ou mental, les convictions politiques, la religion, la culture, la situation socio-économique, les informations génétiques, le statut d'ancien combattant, le sexe — y compris les caractéristiques sexuelles, les variations des caractéristiques sexuelles (intersexuation) —, la grossesse ou les situations qui y sont liées, l'orientation sexuelle, le genre, l'identité ou l'expression de genre, ou la langue.

Northern Light Health met gratuitement à disposition des services destinés à faciliter la communication avec tous les patients :

- Interprètes professionnels qualifiés
- Interprètes qualifiés en langue des signes
- Informations disponibles dans d'autres langues
- Informations disponibles dans d'autres formats (gros caractères, audio, formats électroniques accessibles ou autres supports adaptés)

Si vous estimez que Northern Light Health ou l'un de ses établissements affiliés n'a pas fourni ces services ou a exercé une discrimination à votre encontre, ou si vous avez des questions ou besoin d'aide pour déposer une plainte relative aux droits civiques, à la liberté de conscience, à la liberté religieuse ou à la confidentialité de vos informations de santé, vous pouvez contacter Northern Light Health ou le Bureau fédéral des droits civiques (Office for Civil Rights – OCR) :

Northern Light Health 1557 Civil Rights Coordinator (Coordinateur des droits civils) 43 Whiting Hill Road, Suite 200 Brewer, ME 04412 1-866-769-8363, ATS-711 (Maine Relay) nondiscrimination@northernlight.org privacy@northernlight.org	Centralized Case Management Operations (Services centralisés de gestion des dossiers) U.S. Department of Health and Human Services (Département américain de la Santé et des Services sociaux) 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (ATS) OCRMail@hhs.gov https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
---	--

Des services gratuits d'assistance linguistique sont à votre disposition. Veuillez nous indiquer votre langue principale afin que nous puissions mettre un interprète à votre disposition pour vous accompagner dans votre prise en charge.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Appelez le 1-888-986-6341 (ATS: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Oromo (Cushite): XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-986-6341 (TTY: 711)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Tagalog (Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Cambodian (Khmer): ប្រយ័ត្ន: បើប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, អ្នកអាចទទួលបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទ 1-888-986-6341 (TTY: 711)។

អក ១ ជូន ទូរស័ព្ទ 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

З в о н и т е 1-888-986-6341 (телетайп: 711).

:Arabic (والبكم الصم هاتف 711) برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن ،اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 1-888-986-6341 رقم:

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-986- 6341 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Thai: เรียน: ถ้าว

คุณพูดภาษาไทยคุณ สามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร1-888-986-6341 (TTY: 711).

Nilotic (Dinka): PIN KENE: Na ye jam nē Thuonjan, ke kuony yenē koc waar thook ato kuka lëu yök abac ke cîn wënh cuatë piny. Yuopë 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-986-6341（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-986-6341 (TTY: 711).