

Holy Cross Hospital
Conseiller financier
1500 Forest Glen Road
Silver Spring, MD 20910-1484
Téléphone : (301) 754-7195
Fax : (301) 754-3227

Holy Cross Germantown Hospital
Conseiller financier
19801 Observation Drive
Germantown, MD 20876
Téléphone : (301) 557-6195
Fax : (301) 557-5549

LE PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE DE HOLY CROSS HEALTH

Holy Cross Health s'engage à être le prestataire de soins de santé le plus digne de confiance au sein de notre communauté. Ceci implique un engagement à fournir des services accessibles aux individus qui, soit n'ont pas les ressources personnelles pour payer pour les soins nécessaires, soit ne sont pas admissibles aux programmes susceptibles de fournir une couverture médicale (Medicaid, CHIP, etc.).

Si aucun programme public n'est applicable, Holy Cross Health a un programme d'aide financière qui permet à tout patient admissible d'obtenir les services hospitaliers nécessaires. Tous les **résidents ou patients du Maryland qui présentent un problème médical urgent, émergent ou potentiellement mortel** peuvent faire une demande pour une aide financière. **L'admissibilité est déterminée selon chaque cas particulier en tenant compte des revenus et du patrimoine financier du foyer.** Une fois accordée, l'admissibilité s'applique aux services médicalement nécessaires fournis à l'hôpital qui ne sont pas couverts par d'autres programmes pendant une période de six mois, à moins que le patient ne devienne admissible pour une couverture en vertu d'un programme public au cours de cette période. Les périodes de couverture peuvent varier selon le programme d'aide financière pour laquelle le patient est admissible.

S'APPLIQUE AUX services médicalement nécessaires aux patients et rendus dans des établissements appartenant à et étant opérés uniquement par Holy Cross Health.

COUVRE tous les services médicalement nécessaires fournis et facturés par l'hôpital et les médecins suivants basés à l'hôpital lorsque les services sont fournis à l'hôpital :

- Capital Internal Medicine (Hospitalistes) - Maternal Fetal Associates - Community Neonatal Assoc.
- Pathology Assoc. of Silver Spring - Diagnostic Medical Imaging Assoc.- Silver Spring Emergency Physicians
- Holy Cross Anesthesiology Assoc. - Sunrise Medical Group (Réanimateurs)

NE COUVRE PAS

- les services rendus par les médecins et autres prestataires de soins de santé ne figurant pas dans la liste ci-dessus
- les services qui ne sont pas médicalement nécessaires (procédures chirurgicales facultatives, de commodité, cosmétiques)
- les services aux patients qui sont admissibles à des programmes d'aide du comté, de l'État, fédéraux ou autres
- les services rendus dans des cabinets de médecins privés ou autres établissements
- les services rendus par Home Health Care et Hospice Care Services
- les services rendus par un Adult Day Care Center

LA COUVERTURE EST DISPONIBLE POUR LES PARTICIPANTS AUX PROGRAMMES DE SERVICES SOCIAUX DÉPENDANT D'UN EXAMEN DES RESSOURCES ET DE L'ÉTAT DU MARYLAND :

- Montgomery Cares, Project Access ou Care for Kids Programs.
- Household with Children dans le programme Free or Reduced Lunch, Food Stamps ou Supplemental Nutritional Assistance, Maryland Low-income-household Energy Assistance et Women, Infant and Children Programs.

AIDE FINANCIÈRE MÉDICALE EN CAS DE DIFFICULTÉS ÉCONOMIQUES :

- Si vous avez une dette supérieure à 25 % des revenus de votre famille (excluant toute co-assurance, co-paiements, factures de médecins basés à l'hôpital, et/ou franchises) envers Holy Cross Health, veuillez vous enquérir sur comment faire une demande.*

Pour plus d'informations sur notre programme d'assistance financière, veuillez contacter nos conseillers financiers au 301-754-7195 pour l'hôpital Holy Cross ou au 301-557-6195 pour l'hôpital Holy Cross Germantown.

Holy Cross Hospital
Conseiller financier
1500 Forest Glen Road
Silver Spring, MD 20910-1484
Téléphone : (301) 754-7195
Fax : (301) 754-3227

Holy Cross Germantown Hospital
Conseiller financier
19801 Observation Drive
Germantown, MD 20876
Téléphone : (301) 557-6195
Fax : (301) 557-5549

Numéro de cas/référence _____

Programme d'aide financière
Questionnaire sur le profil du patient

Veillez remplir entièrement ce questionnaire et le retourner avec votre demande d'aide financière dûment remplie et signée.

Nom du patient : _____ **Date de naissance :** _____
Prénom Second prénom Nom

- | | | |
|---|--|----|
| | <small>Réservé à
l'usage interne</small> | |
| 1) Quel est l'âge du patient le jour du service ? | | |
| 2) Le patient a-t-il une assurance maladie ? Oui ou Non
Si oui, quel est le nom de la compagnie d'assurance maladie ? | | |
| 3) Le patient est-il un citoyen américain ou un résident permanent aux États-Unis
(pour la détermination de Medicaid) ? | Oui ou Non | MA |
| 4) S'il est un résident permanent (depuis combien d'années) ? | | |
| 5) La patiente est-elle enceinte | Oui ou Non | |
| 6) L'un de vos enfants de moins de 21 ans vit-il avec vous ? | Oui ou Non | |
| 7) Le patient a-t-il aveugle ou est-il potentiellement handicapé pendant 12 mois ou
plus d'un emploi rémunéré | Oui ou Non | |
| 8) Le patient reçoit-il actuellement des prestations de la Sécurité sociale (SSA) ? | Oui ou Non | |
| 9) Le patient reçoit-il actuellement un revenu supplémentaire du gouvernement fédéral
- (SSI/SSDI) ? | Oui ou Non | |
| 10) Le patient est-il un résident de l'État du Maryland ? | Oui ou Non | |
| S'il n'est pas actuellement un résident du Maryland, dans quel État le patient réside-t-il ? | | |
| 11) Êtes-vous un patient dans un Centre Médical Holy Cross ? | Oui ou Non | |
| Si oui, quel Centre médical ? <input type="checkbox"/> Gaithersburg <input type="checkbox"/> Silver Spring <input type="checkbox"/> Aspen Hill <input type="checkbox"/> Germantown | | |
| 12) Le patient est-il sans abri ? | Oui ou Non | |
| 13) Le patient a-t-il un emploi ? | Oui ou Non | |
| Si Non, date à laquelle il a perdu son emploi ? | | |
| 14) Le patient s'est-il inscrit au chômage ? | Oui ou Non | |
| Si Oui, date à laquelle il a commencé à recevoir des indemnités ? | | |
| 15) Le patient, le garant/le conjoint participe-t-il ou bénéficie-t-il actuellement des
programmes de l'État du Maryland et de services sociaux dépendant d'un examen des ressources ?
Remarque : Veuillez fournir une copie de la lettre d'attribution de prestations ou de la carte d'inscription
afin d'accélérer votre demande : | | |
| a. Programme pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC) | Oui ou Non | MC |
| b. Foyer avec enfants du programme de déjeuner gratuit ou à prix réduit (NLSP) | Oui ou Non | MD |
| c. Programme d'aide énergétique pour les foyers défavorisés du Maryland (MEAP) | Oui ou Non | ME |
| d. Bons alimentaires ou programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP) | Oui ou Non | MF |
| e. Programme de soins primaires pour adultes (PAC) | Oui ou Non | MG |
| f. Montgomery Cares | Oui ou Non | E7 |
| g. Project Access | Oui ou Non | MH |
| h. Care for Kids (Aide aux enfants) | Oui ou Non | MI |

Réservé à l'usage interne Reçu le : _____
Transmis à : _____ Date : _____

Numéro de cas/référence

*Veuillez remplir/répondre à chaque section de ce formulaire, inscrivez « S/O » pour les cas sans objet***

Section 1

Informations vous concernant (Patient) :

Nom : _____ Date de naissance : _____
Prénom Second prénom Nom

Numéro de Sécurité sociale : ____ - ____ - ____ État civil : Célibataire Marié Divorcé

Adresse du domicile : _____
Ville État Code postal

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____
Ville État Code postal

Téléphone portable/du domicile : _____ Téléphone du travail : _____
(Code régional) ### - #### (Code régional) ### - ####

Membres du ménage (conjoint/enfants/personnes à charge) :

_____ Nom Date de naissance Lien de parenté _____ Nom Date de naissance Lien de parenté

_____ Nom Date de naissance Lien de parenté _____ Nom Date de naissance Lien de parenté

_____ Nom Date de naissance Lien de parenté _____ Nom Date de naissance Lien de parenté

Remarque : Si vous avez fait une demande auprès de Medicaid et n'avez pas encore reçu de détermination finale, veuillez contacter votre assistante sociale du DHHS pour déterminer votre admissibilité. Le formulaire de demande pour aide financière sera traité une fois qu'une détermination finale aura été reçue.

Avez-vous fait une demande d'aide médicale dans le Maryland Oui Non Si oui, quelle était la date de votre demande ? _____

Si oui, quelle a été la détermination ? (admissible, non admissible, autre, handicapé, etc.) ? _____

Avez-vous fait une demande d'assurance par l'intermédiaire du Health Exchange ? Oui Non

Avez-vous été approuvé pour un régime d'assurance par l'intermédiaire du Health Exchange ? Oui Non

Vous êtes-vous inscrit à un régime d'assurance par l'intermédiaire du Health Exchange ? Oui Non

Avez-vous d'autres factures médicales impayées de Holy Cross Health ? Oui Non

Si oui, pour quel service de Holy Cross Health ? _____

Si vous avez convenu d'un plan de paiement, quel en est le montant mensuel ? _____

Avez-vous fait vos déclarations d'impôts fédéraux et de l'État ? Oui Non Si oui, pour quelle année ? _____

Section 2

Informations sur le soutien/le garant (Parent/conjoint/partenaire de vie/compagnon ou compagne) : formulaire, inscrivez « S/O » (sans objet)

Nom : _____
Prénom Second prénom Nom

Conjoint Parent Autre (indiquez la relation au patient) _____

Numéro de Sécurité sociale : ____ - ____ - ____ État civil : Célibataire Marié Divorcé

Date de naissance du garant : _____ Résident du Maryland : Oui Non

Adresse du foyer : _____
Ville État Code postal

Téléphone portable/domicile : _____ Nom de l'employeur : _____ Téléphone professionnel : _____

Avez-vous fait vos déclarations d'impôts fédéraux et de l'État ? Oui Non Si oui, pour quelle année ? _____

Veuillez remplir/répondre à chaque section de ce formulaire, inscrivez S/O ou zéro (0) pour les cas sans objet

Section 3

I. Moyens du ménage : Défini comme le revenu de toutes les personnes qui vivent ensemble : patient, conjoint ; enfants biologiques, adoptés ou beaux-enfants ; toute personne pour laquelle le patient demande une exemption personnelle dans une déclaration d'impôt d'État ou fédérale. Établissez une liste de vos revenus mensuels provenant de toutes les sources. Si un membre de la famille ou une personne autre qu'un membre de la famille fournit plus de 50 % des frais de subsistance, veuillez fournir les revenus mensuels de ladite personne. **Veuillez fournir une copie des documents appuyant chaque source de revenus et de patrimoine financier figurant sur la liste** (voyez page 5 et 6).

<i>Montant mensuel</i>	Patient	Parent/Conjoint Partenaire de vie/compagnon ou compagne	Autre
Emploi	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Prestations de retraite/pension	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Prestations de la Sécurité sociale (SSA/SSI)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Prestations de l'assistance publique (Bons alimentaires/HOC)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Prestations d'invalidité	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Prestations de chômage	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Prestations d'anciens combattants/militaires	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pension alimentaire pour conjoint	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pension alimentaire pour enfants	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Revenu de location de propriété (Quelqu'un vous paie-t-il un loyer ?)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
.....			
Travail indépendant	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autre source de revenus	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total des revenus bruts mensuels :	\$ _____	\$ _____	\$ _____

II. Patrimoine financier :

	Patient	Parent/Conjoint Partenaire de vie/compagnon ou compagne	Autre
Compte chèques.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Compte d'épargne	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Actions, obligations, certificats de dépôt, ou marché monétaire...	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autres comptes	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total du patrimoine financier :	\$ _____	\$ _____	\$ _____

III. Autres patrimoines financiers :

Logement / solde restant du prêt hypothécaire.....	\$ _____	Valeur approximative \$ _____
Véhicule No. 1	Fabrication _____ Année _____	Valeur approximative \$ _____
Véhicule No. 2.....	Fabrication _____ Année _____	Valeur approximative \$ _____
Véhicule No. 3.....	Fabrication _____ Année _____	Valeur approximative \$ _____
Autre propriété.....	_____	Valeur approximative \$ _____
		Total des autres patrimoines financiers : _____

IV. Dépenses mensuelles :

<u>Montant</u>	<u>Montant</u>
Loyer ou prêt hypothécaire	\$ _____ Assurance voiture _____
Factures	\$ _____ Assurance maladie _____
Paiement(s) de voiture	\$ _____ Autres dépenses médicales _____
Carte(s) de crédit	_____ Autres dépenses _____

Section 4

Je certifie/nous certifions par les présentes sous peine de parjure que les informations figurant aux présentes sont vraies, correctes et complètes. Je comprends que Holy Cross Health conservera cette demande électroniquement, qu'elle soit approuvée ou non, et qu'aucune aide financière ne sera accordée si des informations complètes et exactes, ainsi que les documents d'appui, ne sont pas fournis. Toute aide accordée sera retirée si les informations fournies sur ce formulaire s'avèrent inexactes ou fausses. Holy Cross Health est autorisée à vérifier les informations relatives aux revenus et au patrimoine financier, ainsi que les antécédents d'emploi, par l'intermédiaire d'une agence publique d'évaluation de crédit. Je comprends que je suis responsable du paiement de tout pourcentage restant de mon solde impayé afin que l'aide financière qui m'est accordée par Holy Cross Health prenne effet.

Date : _____ **Signature :** _____ (Patient)

Date : _____ **Signature :** _____ (Parent/conjoint/partenaire de vie/compagnon ou compagne)

Date : _____ **Signature :** _____ (Autre)

(Réservé à l'usage interne)

Une aide financière ne peut être accordée qu'après la réception d'un formulaire de demande d'aide financière **rempli et signé**, et une fois que les conditions suivantes en matière de documentation ont été remplies : **(Fournir des copies uniquement)**.

• **Conditions pour identification :**

- Copie de la pièce d'identité avec photo du patient
- Copie de la preuve de résidence dans le Maryland

• **Programmes de services sociaux dépendant d'un examen des ressources du Maryland :**

Veillez fournir une copie de la lettre d'attribution de prestations ou de la carte d'inscription :

- Programmes pour les femmes, les nourrissons et les enfants (**WIC**)
- Foyer avec enfants dans le programme de déjeuner gratuit ou à prix réduit (**NLSP**)
- Programme d'aide énergétique pour les foyers défavorisés (**MEAP**)
- Bons alimentaires ou programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (**SNAP**)
- Montgomery Cares
- Project Access
- Care for Kids (Aide aux enfants)

• Si vous ne participez à aucun des programmes ci-dessus, veuillez fournir **les documents suivants : (Copies uniquement)**

- Copie des impôts de l'année précédente – Toutes les pages
- Copies de talons de paie récents – **Mois courant complet**
- Si vous êtes travailleur indépendant, veuillez fournir une lettre expliquant vos revenus mensuel/annuels bruts. La lettre doit comprendre : la date, le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, l'explication et la/les signature(s)
- La lettre de votre employeur confirmant le total de vos revenus mensuels ou annuels. La lettre doit comprendre ce qui suit : la date, le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, l'explication et la/les signature(s)
- Copie de relevés bancaires (compte chèque/d'épargne – toutes les pages) – **2 mois courants**
- Si vous êtes indépendant ou si vous fournissez une lettre de votre employeur, veuillez indiquer (compte chèque/d'épargne – toutes les pages) – **3 mois courants**
- Copie d'un relevé de prêt hypothécaire récent et/ou de l'acte si elle a été remboursée
- Si vous n'avez pas de dossier courant ou n'avez pas reçu de services à Holy Cross Health par le passé, **veuillez fournir une copie de la référence ou du renvoi du médecin** avec le formulaire de demande pour aide financière dûment rempli.

- Si vous ne travaillez pas et êtes entretenu par un membre de votre famille (conjoint, etc.) ou une personne autre qu'un membre de votre famille, veuillez fournir les documents mentionnés ci-dessus pour ledit/lesdits individu(s).

Pour toute information supplémentaire à propos des documents requis et/ou pour toute question, veuillez contacter le service de conseils financiers.

L'aide financière ne peut être accordée qu'après la réception d'un formulaire de demande d'aide financière **rempli et signé** et une fois que les conditions suivantes en matière de documentation ont été remplies : *(Veuillez fournir des copies uniquement)*

Remarque : L'aide financière générale est basée sur un examen en deux parties qui implique un revenu et le patrimoine financier net. Les individus disposant d'un patrimoine financier supérieur à 10 000 \$ ou les familles disposant d'un patrimoine financier supérieur à 25 000 \$ ne sont pas admissibles à une aide financière.

Étape 1) Vérification de l'identité (1 document requis) - Copie uniquement							
<input type="checkbox"/>	Permis de conduire	<input type="checkbox"/>	Carte d'identité de l'État du Maryland	<input type="checkbox"/>	ID CASA	<input type="checkbox"/>	Passeport
Étape 2) Vérification de la résidence dans le Maryland (1 document requis) À moins que le patient ne présente un problème médical urgent, émergent ou potentiellement mortel - Copie uniquement							
<input type="checkbox"/>	Talon récent de paie avec nom et adresse	<input type="checkbox"/>	Carte d'électeur	<input type="checkbox"/>	Facture d'un service public avec nom et adresse complets	<input type="checkbox"/>	Facture d'impôt foncier
<input type="checkbox"/>	Relevé de prêt hypothécaire ou bail	<input type="checkbox"/>	Déclaration d'impôts courante / W2				
Étape 3) Vérification des programmes de services sociaux dépendant d'un examen des ressources du Maryland – Veuillez fournir la lettre d'attribution de prestations ou une copie de la carte d'inscription <u>Copies uniquement</u>							
<input type="checkbox"/>	Programme pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC)	<input type="checkbox"/>	Foyer avec enfants dans le programme de déjeuner gratuit ou à prix réduit (NLSP)	<input type="checkbox"/>	Programme d'aide énergétique pour les foyers défavorisés (MEAP)	<input type="checkbox"/>	Bons alimentaires ou programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP)
<input type="checkbox"/>	Project Access	<input type="checkbox"/>	Montgomery Cares	<input type="checkbox"/>	Care for Kids (Aide aux enfants)	<input type="checkbox"/>	
<i>L'approbation est soumise à la soumission de preuves d'inscription (Bénéficiaire actif de l'un des programmes) dans les 30 jours après la soumission du formulaire de demande. Si les preuves ne sont pas soumises dans les 30 jours après la demande, les directives générales pour l'aide financière seront appliquées (Revenus/patrimoine financier).</i>							
Étape 4) Vérification du revenu – Veuillez fournir des documents pour appuyer le montant de chaque bien figurant sur le formulaire de demande : <u>Copies uniquement</u>							
Remarque : Nous pouvons demander plus d'un document pour confirmer le revenu							
<input type="checkbox"/>	Talons de paie : Le mois dernier : (4 - hebdomadaire, 2 - bihebdomadaire, 1- Mensuel)	<input type="checkbox"/>	Lettre d'attribution de prestations chômage	<input type="checkbox"/>	Assistance sociale et assurance-invalidité – (SSDI)	<input type="checkbox"/>	Prestations anciens combattants/militaires
<input type="checkbox"/>	Lettre pour la pension alimentaire pour conjoint et/ou pension alimentaire pour enfants **	<input type="checkbox"/>	Lettre d'attribution d'aide en argent liquide	<input type="checkbox"/>	Lettre d'attribution - Housing Opportunity Commission ou HOC (Commission pour les opportunités de logement)	<input type="checkbox"/>	Lettre de l'employeur confirmant le montant des revenus mensuels du patient**
<input type="checkbox"/>	Lettre d'attribution de Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/>	Lettre d'attribution de la Social Security Administration ou SSA (Administration de la Sécurité sociale)	<input type="checkbox"/>	Lettre de soutien déclarant l'aide au patient **		
<input type="checkbox"/>	Déclaration d'impôts récente - Toutes les pages : (Année précédente) Notamment les revenus de travailleur indépendant (Annexe C de la déclaration d'impôts), Annexe E des taxes (barème de location)						
Étape 5) Vérification du patrimoine financier – Veuillez fournir des documents pour appuyer le montant de chaque bien figurant sur le formulaire de demande : <u>Copies uniquement</u>							
Remarque : Nous pouvons demander plus d'un document pour confirmer le patrimoine financier							
<input type="checkbox"/>	Compte chèques (Déclaration officielle) 2 et/ou 3 mois courant	<input type="checkbox"/>	Compte d'épargne (Déclaration officielle) 2 et/ou 3 mois courant	<input type="checkbox"/>	Relevé de prêt hypothécaire et/ou acte	<input type="checkbox"/>	Relevé d'obligations/actions
<input type="checkbox"/>	Relevé de prestations de prêt hypothécaire inversé	<input type="checkbox"/>	Relevé de certificat de dépôt (CD)	<input type="checkbox"/>	Relevé de marché monétaire		

* Si un membre de la famille (conjoint, etc.) ou une personne autre qu'un membre de la famille vous fournit actuellement plus de 50 pour cent des frais de subsistance, veuillez fournir les documents mentionnés ci-dessus pour ladite personne.

Si vous n'avez pas de dossier courant ou n'avez pas reçu de services à Holy Cross Health par le passé, veuillez fournir une copie de la référence ou du renvoi du médecin avec le formulaire de demande complet.

Important : Les documents marqués de ** doivent inclure le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, une explication détaillée et la/les signature(s) de la/des personne(s) faisant la déclaration.

Les **revenus mensuels** sont définis comme l'ensemble des revenus de tous les individus qui vivent ensemble et en général achètent et préparent leurs repas ensemble.

Pour plus d'informations sur notre programme d'assistance financière, veuillez contacter nos conseillers financiers au 301-754-7195 pour l'hôpital Holy Cross ou au 301-557-6195 pour l'hôpital Holy Cross Germantown.