

## Informations sur la demande d'aide financière de l'UPMC

L'UPMC offre aux personnes et aux familles admissibles une aide financière pour les soins médicaux fournis par les établissements de l'UPMC et les médecins affiliés à l'UPMC. Selon vos besoins financiers, des paiements réduits ou des soins gratuits peuvent être disponibles.

### **Vous pouvez être admissible à une aide financière si vous :**

- avez une assurance de santé limitée ou n'en avez aucune
- n'êtes pas admissibles à l'aide gouvernementale (par exemple, Medicare ou Medicaid)
- pouvez prouver que vous avez un besoin financier
- habitez dans la zone de service principale du prestataire de l'UPMC
- fournissez à l'UPMC les informations nécessaires sur les finances de votre ménage
- avez des factures médicales d'un montant qui dépasse votre capacité de paiement, conformément aux lignes directrices de l'UPMC

### **À propos du processus de demande**

Pour faire une demande d'aide financière de l'UPMC, veuillez suivre ces étapes :

- Remplissez le formulaire de demande d'aide financière de l'UPMC dans ce paquet.
  - > Incluez les pièces justificatives énumérées dans la liste de contrôle.
  - > Notez que vous devez d'abord déterminer si vous êtes admissible à un certain type de prestations d'assurance qui couvriraient vos soins (comme l'indemnisation d'accident du travail, l'assurance automobile et l'assistance médicale). Nous pouvons vous montrer comment obtenir les bonnes ressources pour ces dernières.
  - > Nous regardons ensuite vos revenus, vos actifs et la taille de votre famille pour déterminer le niveau d'aide que vous pouvez obtenir. Nous utilisons une échelle mobile, basée sur les lignes directrices fédérales sur la pauvreté.
- Nous prendrons contact avec vous pour vous faire savoir si vous êtes admissible à l'aide financière de l'UPMC.
- Nous pouvons vous aider à établir un plan de paiement pour tous les frais ou factures restants qui ne sont pas couverts par l'aide financière de l'UPMC.

### Remplir votre demande

Veillez envoyer votre formulaire de demande rempli et des copies de vos preuves de revenus à :

**UPMC Financial Assistance**  
Quantum Building  
2 Hot Metal St.  
Pittsburgh, PA 15203

Les patients de l'UPMC Kane et de l'UPMC Somerset peuvent envoyer leur dossier de candidature à l'adresse appropriée ci-dessous :

**UPMC Kane**  
4372 Route 6  
Kane, PA 16735  
814-837-8585

**UPMC Somerset**  
Attn: Cashier  
225 S. Center Avenue  
Somerset, PA 15501  
1-814-443-5002

Si vous avez des questions, veuillez appeler gratuitement le 1-800-371-8359, option 2. Des informations supplémentaires sont également disponibles sur le Web à [UPMC.com/PayMyBill](http://UPMC.com/PayMyBill).

# Aide financière de l'UPMC - Liste de contrôle de la documentation

Votre demande doit inclure des copies des documents applicables suivants. Veuillez joindre des copies, et non les originaux, car l'UPMC ne peut renvoyer aucun des documents envoyés avec la demande. Si l'un des documents manque, cela retardera le traitement de votre demande.

## Si vous avez des revenus ou des actifs tels que :

- Salaires, traitements, pourboires
- Revenu d'un commerce/d'une entreprise
- Revenu de la sécurité sociale
- Revenu de pension ou de retraite
- Dividendes et intérêts
- Loyer et redevances
- Indemnités de chômage
- Revenu d'indemnisation pour accident du travail
- Pension alimentaire et pension alimentaire pour enfants
- Jugements légaux
- Argent en espèce, comptes bancaires et comptes du marché monétaire
- Certificats de dépôt arrivés à échéance, fonds communs de placement, obligations ou autres placements facilement convertibles pouvant être encaissés sans pénalité

## Joignez des preuves du revenu de votre ménage, qui peuvent comprendre :

- Le formulaire 1099 de sécurité sociale ou des lettres d'attribution
- Des lettres d'allocation de chômage ou d'indemnisation pour accident du travail
- Les talons de paie pour les 30 derniers jours
- Le formulaire IRS 1040 le plus récent et les annexes appropriées
- Si vous êtes un travailleur autonome, vous devez inclure une déclaration de revenus complète avec l'annexe C et/ou un état des profits et pertes
- Des lettres d'appui
- Tous les autres revenus, tels que les fonds en fiducie, les fondations caritatives, etc. (relevé du mois ou du mois dernier)

## Joignez des preuves de vos actifs, qui peuvent comprendre :

- Des relevés bancaires, relevés de fonds communs de placement, comptes du marché monétaire, COD, obligations, etc. (relevé de ce mois ou du mois dernier de tous les comptes)

## Si vous n'avez aucun revenu :

- Si vous n'avez aucun revenu, envoyez-nous une lettre de soutien. La personne qui vous soutient doit signer la lettre.

## Lettre de refus d'assistance médicale

- Vous devez demander une assistance médicale et envoyer une copie de votre lettre de refus avant que nous puissions approuver votre demande.

## Votre formulaire de demande d'aide financière rempli et signé

- Veuillez remplir toutes les parties du formulaire qui s'appliquent à vous. Veuillez noter qu'une demande distincte doit être remplie pour chaque patient individuel qui demande une aide financière.

# Aide financière de l'UPMC – Formulaire de demande

Nom du patient :			
Date de naissance du patient :		Numéro de sécurité sociale du patient :	
Adresse :		Numéro de téléphone le jour :	
Ville :	État :		Numéro de téléphone secondaire :
Code postal :	Comté :		
Nom de l'employeur :		Nom de l'employeur du conjoint :	

**Services demandés :** Vérifiez les services pour lesquels vous demandez une aide financière.

Ces services ont été fournis par (cochez tous ceux qui s'appliquent) :

Hôpitaux et cliniques de l'UPMC     
  Division des services des médecins de l'UPMC     
  Centre de cancer de l'UPMC

Si vous avez déjà reçu une facture, veuillez nous donner votre compte ou votre numéro d'identification patient : \_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance de santé?  Oui  Non

Avez-vous demandé une assistance médicale au cours des 6 derniers mois?  Oui  Non

> Si oui, veuillez joindre une copie de la lettre de refus.

**Informations sur le ménage :** Énumérez TOUS les membres de votre ménage, y compris les personnes à charge, qui figuraient sur votre dernier formulaire IRS 1040. Si un membre de votre ménage a une facture médicale distincte à l'UPMC qui devrait être considérée comme une aide financière, veuillez cocher la case sous « Facture médicale UPMC ».

Noms	Relation avec le patient	Âge	Facture médicale UPMC
			<input type="checkbox"/>

Nombre total de personnes dans le ménage (y compris le patient) : \_\_\_\_\_

**Revenu mensuel du ménage:** Indiquez votre revenu mensuel et celui des autres membres du ménage. Joignez également des copies des documents prouvant vos revenus et vos actifs (voir la liste de contrôle de la documentation).

<b>Revenu mensuel brut</b>	<b>Vous-même</b>	<b>Conjoint et/ou autres membres du ménage</b>
Salaires/travailleur indépendant	\$	\$
Sécurité sociale	\$	\$
Revenu de pension ou de retraite	\$	\$
Dividendes et intérêts	\$	\$
Loyers et redevances	\$	\$
Chômage	\$	\$
Indemnisation pour accident de travail	\$	\$
Pension alimentaire et pension alimentaire pour enfants	\$	\$
Espèces	\$	\$
Comptes bancaires	\$	\$
Comptes du marché monétaire	\$	\$
Autre revenu	\$	\$
<b>Revenu familial mensuel total</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**Commentaires additionnels:**

**Avertissement:** Je comprends que les informations que je fournis seront utilisées uniquement pour déterminer la responsabilité financière des frais que j’occasionne à l’UPMC (soins médicaux, y compris les services hospitaliers et médicaux) et resteront confidentielles. Je comprends que les documents que j’envoie pour prouver mes revenus et mes actifs ne seront pas retournés. Je comprends en outre que les informations que je sou mets concernant mon revenu familial annuel et la taille de ma famille sont soumises à une vérification par l’UPMC, y compris, le cas échéant, l’obtention d’informations financières auprès des employeurs, des banques et des autres entités que j’ai énumérés dans cette demande. Je comprends que si des informations que j’ai fournies sont jugées fausses, cela peut entraîner l’annulation de l’approbation de l’aide financière et que je serai responsable du montant total de tous les frais.

Ma signature autorise l’UPMC à vérifier toutes les informations fournies sur ce formulaire. Je certifie que les informations ci-dessus sont à ma connaissance exactes et véridiques.

Signature : \_\_\_\_\_

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

Date : \_\_\_\_\_