



Comment demander une aide pour régler vos frais médicaux chez Scripps

Veillez tout lire avant de remplir le formulaire.

Lorsque vous déposez une demande d'assistance pour couvrir vos soins médicaux chez Scripps, nous examinons deux programmes distincts. L'un s'appelle le Programme Scripps d'aide caritative et l'autre le Programme de paiement à tarif réduit. Pour déterminer si vous êtes éligible à ces programmes, vos revenus familiaux doivent respecter un certain seuil.

Pour le Programme Scripps d'aide caritative :

- Pour une prise en charge intégrale, vos revenus familiaux doivent être égaux ou inférieurs à 200 % des Directives fédérales sur le seuil de pauvreté.
- Si vos revenus familiaux sont légèrement supérieurs (entre 201 % et 400 % du seuil), vous pouvez bénéficier d'une aide ou de réductions.

Il est primordial de fournir à Scripps tous les renseignements demandés afin que nous puissions déterminer l'assistance la plus appropriée. Une fois tous les documents transmis, vous recevrez une lettre sous 30 jours pour vous informer de l'acceptation ou non de votre demande d'aide.

ÉTAPE 1 : Lisez la liste ci-dessous et choisissez le meilleur moyen de justifier vos revenus. Joignez des copies de tous les justificatifs. N'envoyez pas les originaux, car ils ne vous seront pas restitués. Si vous omettez certains documents, l'examen de votre demande pourrait être retardé ou refusé.

| Type de revenu | Documents requis |
|--|--|
| Revenus d'emploi | Copie de la déclaration de revenus individuelle (formulaire 1040 pour l'année fiscale en cours) OU Copie des deux derniers bulletins de salaire |
| Travailleur indépendant | Copie de la déclaration de revenus individuelle (formulaire 1040 pour l'année fiscale en cours, y compris l'Annexe C). |
| Sécurité sociale (aux États-Unis)/ Retraite | Copie de la déclaration de revenus individuelle (formulaire 1040 pour l'année fiscale en cours) OU copie de la lettre d'attribution de la Sécurité sociale indiquant le montant mensuel. |
| Invalidité | Copie de la déclaration de revenus individuelle (formulaire 1040 pour l'année fiscale en cours) OU Copie de la lettre d'attribution précisant le montant de l'allocation d'invalidité |
| Allocation de chômage | Copie de la déclaration de revenus individuelle (formulaire 1040 pour l'année fiscale en cours) OU Copie de la lettre indiquant le montant mensuel alloué |

ÉTAPE 2. Remplissez et signez la demande jointe.

Besoin d'aide pour remplir le formulaire ? APPELEZ le Service d'assistance financière de Scripps au (877) 727-4777, du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 17 h 00

ÉTAPE 3. Envoyez votre demande et tous vos justificatifs à l'adresse suivante :

Services financiers aux patients, À l'attention de : Assistance financière
Dept 10790 Rancho Bernardo Road 4S-303, San Diego, CA 92127 (États-Unis)
OU vous pouvez FAXER votre demande et tous vos justificatifs Fax : (858) 927-5041



Demande d'assistance financière pour le patient

Renseignements sur le demandeur (Garant)

| | | | |
|---|----------------------------|--|----------------------------|
| Nom (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille) | | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | |
| Adresse (rue) | | Ville, État, Code postal | |
| Téléphone (domicile/portable) | Numéro de compte du garant | Numéro de dossier médical | Numéro de Sécurité sociale |
| Nom du conjoint/tuteur (prénom, initiale, nom) | | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | |
| Téléphone (domicile/portable) | | Numéro de Sécurité sociale | |
| Votre conjoint fera-t-il également une demande d'assistance financière ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Numéro d'identification du demandeur : | Numéro de dossier médical |

FOYER FAMILIAL / AYANTS DROIT

Taille du foyer : _____ Indiquez le nombre de membres de la famille vivant chez vous, y compris un conjoint, un partenaire domestique reconnu et tout enfant à charge de moins de 21 ans ou de tout âge s'il est en situation de handicap. Incluez d'autres enfants à charge en situation de handicap relevant de votre responsabilité légale.

| | | | |
|------------------|----------|----------------------------------|-----------------------------|
| Nom de famille : | Prénom : | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : | Numéro de dossier médical : |
| Nom de famille : | Prénom : | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : | Numéro de dossier médical : |
| Nom de famille : | Prénom : | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : | Numéro de dossier médical : |
| Nom de famille : | Prénom : | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : | Numéro de dossier médical : |

| Source de revenu | Demandeur | Co-demandeur | Revenu mensuel combiné |
|-----------------------------------|-----------|--------------|------------------------|
| Emploi / Travailleur indépendant | | | |
| Sécurité sociale (aux États-Unis) | | | |
| Invalidité | | | |
| Rente | | | |
| Pension alimentaire | | | |
| Autre | | | |

ACCORD FINANCIER ET AUTORISATION D'ENQUÊTE DE CRÉDIT

Je déclare que toutes les informations fournies dans cette demande sont exactes et véridiques. Tous les justificatifs joints sont des copies conformes des originaux. Je comprends qu'il est illégal de fournir de fausses informations et que je ne pourrai pas bénéficier de ce programme en cas de fraude.

Scripps Health peut consulter mon rapport de crédit ou d'autres sources pour évaluer mon éligibilité

| | |
|---|-------------------|
| Signature du patient/garant X | Date (JJ/MM/AAAA) |
| Signature du conjoint du patient/garant X | Date (JJ/MM/AAAA) |

Nous vous enverrons une lettre confirmant si vous êtes admissible à une aide pour vos frais médicaux