

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 28 février 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
Approuvé par : Conseil d'administration de St. David's Healthcare	PAGE : 1 sur 9

Chinh La présente politique est destinée à satisfaire les exigences de la politique d'aide financière telle que requise par la Section 501(r) de l'Internal Revenue (Code des impôts américain). La présente politique établit un cadre de travail en vertu duquel le St. David's Healthcare Partnership (SDHP) pourra identifier les patients pouvant bénéficier d'une aide financière au titre des soins d'urgence et médicalement nécessaires.

Afin d'assurer que tous les patients soient correctement informés sur cette politique, le SDHP a entrepris ce qui suit:

- Les informations concernant la Politique d'aide financière, un résumé en langage clair et simple de la politique, et le formulaire de Demande d'aide financière et les consignes pour le remplir sont disponibles sur le site Web du SDHP : <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.
- Lors de l'inscription, un document décrivant la disponibilité de la remise appliquée aux non assurés ainsi que les autres modalités de remise éventuellement disponibles (Annexe 1) sera remis aux patients.
- Le formulaire de Demande d'aide financière est disponible dans les locaux et peut être envoyé par la poste.
- Tous les points d'admission font apparaître, par le biais de signaux clairs, la mission caritative et les directives associées.
- Un document intitulé « Guide sur vos factures d'hospitalisation » est fourni aux patients. Ce document décrit le processus de facturation et fournit également des informations sur la Politique d'aide financière.
- Un résumé de cette politique est fourni aux organisations à but non lucratif locales proches des hôpitaux du SDHP.

SYSTÈME D'ADMISSIBILITÉ AUX SOINS CARITATIFS

Demande. Pour bénéficier des soins caritatifs, le SDHP exige la présentation du formulaire de Demande d'aide financière du SDHP (Annexe 2).

Le SDHP peut utiliser la validation électronique d'un fournisseur tiers (c.-à-d. méthodologie de notation de crédit) pour fournir une aide financière aux patients qui ne satisfont pas aux exigences nécessaires pour remplir un Formulaire de demande d'aide financière.

Le formulaire de Demande d'aide financière, la Politique d'aide financière, et un

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 28 février 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
Approuvé par : Conseil d'administration de St. David's Healthcare	PAGE: 2 sur 9

un résumé en langage clair et simple de la politique d'aide financière sont disponibles sur demande écrite à l'adresse suivante (veuillez préciser si vous souhaitez la version en anglais, en espagnol, en vietnamien, en chinois simplifié, en coréen ou en arabe). Si vous avez besoin d'aide, vous pouvez contacter les services des comptes des patients à l'adresse ci-dessous ou appeler le numéro de téléphone ci-dessous:

Patient Account Services (service des comptes des patients)
6000 N.W. Parkway Ste. 124
San Antonio, TX 78249

Georgetown Hospital	866-396-1025
Heart Hospital of Austin	866-291-3547
North Austin Medical Center	866-391-2015
Round Rock Medical Center	866-391-2017
South Austin Medical Center	866-391-2018
St. David's Medical Center	866-391-2021
St David's Surgical Hospital	855-890-3304

La Demande permet la collecte d'informations conformément à la loi de l'État et aux exigences en matière de revenus et de documentation énoncées ci-dessous. Dans le cas de visites répétées à l'hôpital, le SDHP tentera de vérifier avec le patient ou la partie responsable la demande et les renseignements liés aux revenus pour chaque visite ultérieure ; cependant, une nouvelle demande et de nouvelles pièces justificatives doivent être obtenues après toute période écoulée de douze mois.

Calcul des membres de la famille immédiate Les patients sollicitant une aide financière doivent vérifier le nombre de membres de leur ménage.

Adultes. Lors du calcul du nombre de membres du ménage d'un patient adulte, il convient d'inclure le patient, le conjoint ou la conjointe du patient et toute personne à charge.

Mineurs. Lors du calcul du nombre de membres du ménage d'un patient mineur, il convient d'inclure le patient, la mère du patient, les personnes à charge de la mère du patient, le père du patient et les personnes à charge du père du patient.

Calcul des revenus. Les patients doivent communiquer les revenus annuels de leur ménage.

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 28 février 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
Approuvé par : Conseil d'administration de St. David's Healthcare	PAGE: 3 sur 9

Adultes. Pour les adultes, le terme « Revenus annuels » à des fins de classification en tant que personne démunie financièrement ou médicalement conformément à cette Politique, correspond à la somme des revenus bruts annuels totaux du patient et de son conjoint ou de sa conjointe.

Mineurs. Si le patient est mineur, le terme « Revenus annuels » correspond au revenu brut annuel total du patient et de ses parents (père et mère).

Vérification des revenus. Les patients ou la partie responsable doivent vérifier les revenus déclarés sur le formulaire de Demande d'aide financière conformément à la documentation requise énoncée ci-dessous.

Documentation requise. Le revenu déclaré sur le formulaire de Demande d'aide financière peut être vérifié par l'un des mécanismes suivants :

Indicateurs de revenu. En fournissant les documents financiers de tiers, qui peuvent inclure, sans s'y limiter : le formulaire IRS W-2, les fiches de salaire et la déclaration d'impôts ; versement de chèque de paie ; déclarations de revenus des particuliers ; vérification téléphonique de l'employeur ; relevés bancaires ; versements d'indemnités de sécurité sociale, avis de paiement d'assurance-chômage, lettres de décision d'indemnisation du chômage ou validation électronique auprès d'un fournisseur tiers (c.-à-d. méthodologie de notation du crédit). En outre, la société considère les données démographiques économiques du code postal où réside le patient.

Participation à un programme d'utilité publique. Remise de la documentation attestant la participation actuelle à un programme d'utilité publique, tel que Medicaid ; un programme de santé pour les démunis du comté ; l'AFDC ; les bons d'alimentation ; le programme WIC ; Le programme Texas Healthy Kids ; le programme d'assurance santé pour les enfants ; ou tout autre programme similaire relatif aux démunis. L'attestation de participation à l'un des programmes ci-dessus doit être accompagnée du formulaire de Demande d'aide financière.

Procédure de vérification. Pour déterminer le revenu total du patient, le SDHP peut prendre en compte d'autres actifs et passifs financiers du patient, ainsi que le revenu du ménage du patient et la capacité contributive de sa famille. S'il est constaté que le patient a la capacité de payer le reste de la facture, cette constatation n'empêche pas une

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 28 février 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
Approuvé par : Conseil d'administration de St. David's Healthcare	PAGE: 4 sur 9

réévaluation de la capacité du patient à payer sur présentation de pièces justificatives supplémentaires.

Vérification des revenus en instance de classification. Le SDHP peut examiner une demande d'aide financière à tout moment avant, pendant ou après les dates de service. Au cours du processus de vérification, pendant que le SDHP collecte les informations nécessaires pour déterminer les revenus d'un patient, ce dernier peut être considéré comme un patient à régime privé conformément aux politiques du SDHP.

Informations incohérentes ou incomplètes. Cette politique ne limite en aucun cas la capacité du SDHP à mener une vérification préalable concernant la capacité contributive du patient si les informations fournies par celui-ci au cours du processus de demande semblent être incohérentes ou incomplètes. Par exemple, le SDHP peut décider de vérifier la raison pour laquelle si peu, voire aucun actif n'a été signalé alors que les revenus du patient sont élevés.

Falsification d'informations. La falsification d'informations peut entraîner le refus de la Demande d'aide financière. Si, à la suite de l'octroi d'une aide financière à un patient, le SDHP constate le caractère mensonger de la situation matérielle déclarée dans la Demande d'aide financière, la qualité de bénéficiaire de soins caritatifs peut être révoquée et l'aide financière retirée.

Classification en qualité de financièrement démunis Les personnes démunies financièrement désignent les personnes non assurées ou insuffisamment assurées, qui sont acceptées pour les soins sans obligation ou avec une obligation réduite de payer les services rendus selon le système d'admissibilité des soins caritatifs.

Classification. Les patients peuvent uniquement être classés en tant que démunis financièrement si leur revenu annuel est inférieur ou égal à 200 % des directives sur la pauvreté mises à jour annuellement dans le registre fédéral du ministère de la Santé et des Services Sociaux des États-Unis (« Directives fédérales sur la pauvreté »). Les directives fédérales sur la pauvreté mises à jour doivent être appliquées dès le premier jour du mois suivant leur publication.

Classification en tant que médicalement démunis Les personnes démunies médicalement désignent les patients dont les factures médicales ou d'hôpital, après le paiement par les tiers payeurs, dépassent un certain pourcentage de leurs revenus annuels, et qui sont incapables de payer le solde résiduel.

Évaluation initiale. Pour être considéré pour la classification en tant que patient médicalement démunis, la somme due par le patient après le paiement versé par tous les tiers payeurs doit être supérieure à dix pourcents (10 %) du revenu annuel du patient et le patient doit être incapable de payer le

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 28 février 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
Approuvé par : Conseil d'administration de St. David's Healthcare	PAGE: 5 sur 9

solde résiduel facturé. Si le patient ne respecte pas ce critère d'évaluation initiale, il ne pourra pas être classé en tant que démuné médicalement.

Acceptation. Le SDHP peut accepter un patient qui remplit les critères d'évaluation initiale en tant que démuné médicalement et qui répond aux critères énoncés ci-dessous :

- (i) **Revenus annuels entre 200 % et 500 % des Directives fédérales sur la pauvreté.** Les revenus du patient doivent être supérieurs à 200 % mais inférieurs ou égaux à 500 % des Directives fédérales sur la pauvreté. Dans ces circonstances, le SDHP déterminera le montant de l'aide financière caritative accordée à ces patients en comparant leurs revenus annuels aux directives sur la pauvreté mises à jour annuellement dans le registre fédéral du ministère de la Santé et des Services Sociaux des États-Unis (« Directives fédérales sur la pauvreté »). La remise concédée peut varier de 40 % à 90 %. La remise au titre de non assuré s'appliquera au solde résiduel dû après application de la remise caritative.
- (ii) **Indigence médicale catastrophique.** Les patients dont les comptes dus sont anormalement élevés, peuvent être considérés comme admissibles en tant que démunés catastrophiques lorsque leur solde résiduel dépasse un pourcentage déterminé de leur revenu. Dans ces circonstances, le SDHP déterminera le montant de l'aide financière en calculant le montant nécessaire pour réduire le solde résiduel à un pourcentage raisonnable des revenus du patient, lequel est compris entre 10 % et 40 %. Veuillez consulter la section « Procédures d'approbation » ci-dessous, où le patient peut obtenir de plus amples renseignements au sujet de ce calcul.

Procédures d'approbation. Le SDHP travaillera avec tous les patients non assurés afin de déterminer l'admissibilité à l'assistance Medicaid ou caritative, tel qu'indiqué dans le Document d'informations pour patients non assurés (Uninsured Patient Information Document) figurant à l'Annexe 1. Les patients recevront par courrier le résultat de leur admissibilité à l'aide financière une fois que la demande aura été examinée et traitée. Lors de l'examen d'une demande en vue de son approbation, la Direction du centre des services partagés (Shared Service Center, ou « SSC ») en déterminera l'admissibilité, notamment si des efforts raisonnables ont été entrepris pour déterminer l'admissibilité. La direction peut également effectuer une vérification plus poussée des informations disponibles, telles que les biens, etc. afin de déterminer la capacité contributive d'un patient ou d'examiner outre mesure la recevabilité du patient au titre d'une aide gouvernementale ou autre.

Dans le cas où un patient n'est pas admissible à l'aide caritative, ou lorsque le patient est responsable d'une partie du solde résiduel dû après application de l'aide caritative, le rabais pour non assuré ou

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 28 février 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
Approuvé par : Conseil d'administration de St. David's Healthcare	PAGE: 6 sur 9

toute autre réduction applicable sera appliquée au compte. Le montant dû ne dépassera pas les montants généralement facturés aux patients assurés, tel que déterminé en utilisant la méthode rétrospective décrite dans le règlement du service des recettes internes. Les patients peuvent demander des informations sur ce calcul en formulant une demande à l'adresse suivante :

*Patient Account Services
6000 N.W. Parkway Ste. 124
San Antonio, TX 78249*

Veillez noter que si vous ne soumettez pas une demande d'aide financière dans les 120 jours à compter de la date de la facture, l'établissement hospitalier (ou toute autre partie autorisée) pourra prendre certaines mesures à votre encontre vous afin d'obtenir le paiement de la facture, y compris, mais sans s'y limiter, en signalant les renseignements défavorables sur la dette que vous devez à l'établissement hospitalier aux agences de crédit ou bureaux de crédit, et/ou en déposant une plainte civile en vue d'obtenir un jugement au titre du montant que vous devez à l'établissement hospitalier.

DROITS RESERVES

Le SDHP se réserve le droit de limiter ou de refuser l'aide financière à sa seule discrétion.

SERVICES NON COUVERTS

Ci-jointe en Annexe 3, et entièrement intégrée aux présentes par renvoi, figure une liste de fournisseurs qui peuvent fournir des services d'urgence ou d'autres services médicalement nécessaires dans les hôpitaux du SDHP. L'Annexe 3 précise les fournisseurs couverts et les fournisseurs non couverts par la présente Politique d'aide financière. Les fournisseurs de procédures électives ou autres soins qui ne sont pas des soins d'urgence ou autrement médicalement nécessaires ne sont pas couverts par la Politique d'aide financière. L'Annexe 3 ci-jointe est mise à jour tous les mois.

Les membres du public peuvent obtenir une copie de l'Annexe 3 par demande écrite à l'adresse suivante : Patient Accounting Services (service des comptes des patients) 6000 N. W. Parkway, Ste. 124, San Antonio, TX 78249 ; ou en composant le numéro de téléphone de l'établissement figurant dans la Politique d'aide financière. Les patients peuvent également télécharger une copie de l'Annexe 3 depuis ce site :

<http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 28 février 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
Approuvé par : Conseil d'administration de St. David's Healthcare	PAGE: 7 sur 9

Annexe 1

Nom du patient : _____ Numéro de compte : _____

Document d'information pour patient non assuré

Ce document est destiné à aider les patients non assurés à comprendre les aspects financiers de leurs soins de santé. Les patients couverts par une assurance automobile, de responsabilité civile ou autre qui peut être facturée pour ces services ne seront pas admissibles à la réduction pour non assuré.

Le présent document fournit également les options disponibles pour vous aider à régler votre compte. Dans le but d'aider les patients non assurés, HCA appliquera une remise à votre compte et travaillera ensuite avec vous pour régler le solde de votre compte.

Les informations suivantes sont un aperçu sur la façon dont un compte non assuré sera traité et les options de remise qui peuvent être mises à votre disposition. Si vous avez bénéficié d'une opération esthétique facultative ou forfaitaire, ces réductions ne s'appliqueront pas. Dans le cas contraire, le HCA applique les remises à toutes les factures de patients non assurés. Le solde restant dû après remise sur le compte est redevable en totalité au moment du service.

Le total des frais pour les services fournis est appliqué au compte

Une remise pour non assuré est appliquée au total des frais, ce qui réduit le solde du compte. Si vous êtes incapable de payer intégralement le solde réduit du compte, nous travaillerons avec vous pour fixer un paiement échelonné mensuellement.

En cas d'impossibilité d'accorder un paiement échelonné mensuellement, nous vous aiderons à présenter une demande d'assistance auprès de Medicaid

Si vous obtenez Medicaid, nous leur enverrons la facture et vous serez uniquement responsable des frais non couverts

Si vous ne pouvez pas prétendre à Medicaid, vous pouvez remplir une Demande d'aide financière, fournir les documents justificatifs nécessaires et faire examiner cette visite pour une réduction éventuelle caritative

Si vous êtes admissible à une réduction caritative fondée sur Directives fédérales sur la pauvreté, votre compte sera considéré comme étant payé dans son intégralité. Si vous ne remplissez pas les conditions des Directives fédérales sur la pauvreté, vous devrez prendre des dispositions pour régler votre facture immédiatement.

HCA fournit un rabais de 100 % sur les comptes approuvés pour l'aide caritative. Tous les autres comptes non assurés recevront une remise partielle.

EatienlZSignature de la partie responsable _____ Date _____

Signature du témoin _____ Date _____

SSD.FT.COLL.627 Document d'information pour patient non assuré

DOCUMENT D'INFORMATION POUR PATIENT NON ASSURÉ

DATE DE NAISSANCE :

St. David's Medical Centerl

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 28 février 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
Approuvé par : Conseil d'administration de St. David's Healthcare	PAGE: 8 sur 9

Annexe 2 1 sur 2

Demande d'aide financière du St. David's Healthcare Partnership

Nom du patient	Numéro de compte du patient
Numéro de téléphone <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Sans emploi	Numéro de sécurité sociale Date de naissance (mois/jour/année)
Employeur (nom, adresse et numéro de téléphone)	
Nom de l'époux/épouse	Numéro de sécurité sociale
Date de naissance (mois/jour/année)	
Père du patient (si le patient est mineur)	Numéro de sécurité sociale
Date de naissance (mois/jour/année)	
Mère du patient (si le patient est mineur)	Numéro de sécurité sociale
Date de naissance (mois/jour/année)	

A. Salaires : Veuillez fournir les salaires pour chacune des personnes suivantes dans votre foyer .

Patient	\$ _____	Encercler une réponse : heure/semaine/mois/année	Père du patient (si le patient est mineur)	\$ _____	Encercler une réponse heure/semaine/mois/année
Époux/Épouse	\$ _____	heure/semaine/mois/année	Mère du patient (si le patient est mineur)	\$ _____	heure/semaine/mois/année

B. Autres ressources : Veuillez indiquer le montant total des autres ressources à votre disposition, y compris les comptes d'épargne, comptes à vue, actions, obligations, etc. \$ _____

Veuillez fournir le montant des revenus annuels que vous percevez de ces autres ressources. Y compris les revenus d'intérêts, les dividendes, les loyers, etc. \$ _____

C. Membres de la famille : Veuillez fournir le nombre de personnes composant le foyer du patient

D. Vérification des revenus : Veuillez fournir la documentation de l'un ou l'autre des types suivants pour vérifier votre revenu.

- Formulaire IRS W-2
- Reçu de chèque de paie
- Déclaration d'impôt
- Relevés bancaires
- Vérification de l'employeur
- Preuve de participation aux programmes d'aide gouvernementale, tels que les bons alimentaires, CDIC, Medicaid ou AFDC
- Lettres de la sécurité sociale ou de décision d'indemnisation du chômage
- Autre, veuillez décrire

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir l'une des sources de documentation des revenus énumérées ci-dessus, veuillez expliquer pourquoi cette information n'est pas disponible:

Je comprends que St. David's Healthcare Partnership (SDHP) peut vérifier les renseignements financiers figurant dans cette Demande d'aide financière (©Demande ") dans le cadre de l'évaluation de cette demande par le SDHP, et par ma signature, j'autorise mon employeur à attester les renseignements fournis dans cette Demande. J'autorise également le SDHP à demander des rapports aux agences de crédit et à l'administration de la sécurité sociale. J'atteste que ces informations sont, à ma connaissance, véridiques, et que je suis conscient(e) que la falsification d'informations dans le cadre de cette Demande peut entraîner le refus de l'aide financière.

Je comprends que toute aide financière est basée sur mon incapacité à payer et que si une nouvelle source de revenu devient disponible, le SDHP peut révoquer son octroi d'aide financière en totalité ou en partie

Date _____

Signature du patient ou de la partie responsable _____

Date _____

Signature de l'employé du SDHP si une partie de la Demande d'aide financière est remplie par un employé du SDHP _____

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 28 février 2019	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
Approuvé par : Conseil d'administration de St. David's Healthcare	PAGE : 9 sur 9

Annexe 2 2 sur 2

Informations et instructions de la demande d'aide financière du St. David's Healthcare Partnership

Instructions :

Dans le cadre de son engagement à servir la communauté et dans le but d'honorer l'un des objectifs de bienfaisance du Système de soins de santé de Saint-David, St. David's Healthcare Partnership choisit de fournir une aide financière aux personnes répondant à des exigences précises en termes de revenus.

Pour déterminer si une personne peut avoir droit à une aide financière, nous avons besoin d'obtenir certaines informations financières énoncées dans la présente demande. Votre coopération nous permettra d'accorder toute notre considération à votre demande d'aide financière.

Veillez remplir la demande d'aide financière et retourner le formulaire dûment rempli à la représentante d'inscription, ou le formulaire rempli peut être envoyé par la poste à l'adresse suivante :

Patient Account Services
6000 N.W. Parkway Ste. 124
San Antonio, Tx. 78249

Section A : Salaires

Dans la Section A de la Demande d'aide financière, veuillez indiquer le montant en dollars que chaque personne y figurant reçoit comme rémunération, et si le montant correspond au salaire horaire, hebdomadaire, mensuel ou annuel.

Section B : Autres ressources

Dans le premier espace libre de la Section B de la Demande d'aide financière, veuillez indiquer le montant en dollars que vous avez investi dans des comptes courants, comptes d'épargne, actions, etc. Dans le deuxième espace libre, veuillez indiquer le montant en dollars des revenus que vous percevez chaque année au titre de ces investissements. Par exemple, dans le premier espace libre, un patient pourrait indiquer avoir 5 000 \$ sur un compte d'épargne et dans le deuxième espace libre, indiquer qu'il reçoit des intérêts de 250 \$ annuellement sur ce compte.

Section C : Membres de la famille

La Section C de la Demande d'aide financière sollicite des informations relatives au nombre de personnes composant le foyer du patient. Ce nombre doit inclure le patient, le conjoint ou la conjointe et les personnes à charge du patient. Si le patient est mineur, veuillez inclure le patient, la mère du patient et/ou le père du patient et/ou le tuteur légal du patient et toute personne à charge de la mère et/ou du père et/ou du tuteur légal du patient.

Section D : Vérification des revenus

Afin d'examiner votre demande d'aide financière, la vérification des salaires déclarés dans la Section A de la Demande d'aide financière est nécessaire. Veuillez fournir une copie du formulaire IRS W-2, les déclarations de revenus et d'imposition ; le reçu de chèque de paie ; les relevés bancaires ou tout autre indicateur approprié de revenus <i>ou</i> une preuve de participation à un programme d'intérêt public comme la sécurité sociale, l'indemnisation du chômage, Medicaid, programme de santé des démunis du comté, AFDC, assurance-chômage, bons d'alimentation, WIC, Texas Healthy Kids, programme d'assurance-maladie pour enfants ou autre programme d'assistance similaire pour démunis.

Vous pouvez également vérifier votre salaire en demandant à votre employeur de fournir une confirmation écrite ou parler à un représentant du SDHP.

Si vous êtes incapable de fournir l'une des sources de documentation de revenus mentionnées ci-dessus, veuillez fournir une explication écrite dans la Section appropriée de la Demande d'aide financière.

Services de médecine

Les médecins fournissant des services ne sont pas des employés du St. David's Healthcare Partnership. Vous recevrez des factures distinctes de votre médecin privé et des autres médecins dont vous avez demandé les services. Pour toutes questions relatives à ces factures, ou pour fixer des modalités de paiement échelonné au titre de ces services médicaux, veuillez contacter le cabinet du médecin individuel.