

<b>TITRE : Politique relative à l'aide financière</b>	
<b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :</b> <b>13 décembre 2013</b> <b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉVISION :</b> <b>28 novembre 2017</b>	<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
<b>Approuvé par :</b> Le conseil d'administration de St David's Healthcare	<b>PAGE :</b> 1 sur 9

Cette politique établit un cadre qui guidera le St. David's Healthcare Partnership (SDHP) afin d'identifier les patients qui remplissent les conditions pour une aide financière relative à des soins urgents ou médicalement nécessaires.

Afin d'assurer que tous les patients sont correctement informés au sujet de cette politique, le SDHP a entrepris les choses suivantes :

- Des informations sur la Politique relative à l'aide financière, un résumé de la politique en langage clair, la demande d'aide financière et des instructions pour la remplir correctement sont disponibles sur le site web du SDHP : <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.
- Au moment de l'admission, les patients reçoivent un document décrivant la possibilité d'une remise pour les non assurés ainsi que d'autres types de remises (Annexe 1).
- La demande d'aide financière est disponible dans les locaux ainsi que par courrier.
- Des panneaux placés bien en évidence présentent des informations au sujet des missions caritatives et des indications sont présentes dans tous les lieux d'admission.
- Un document pour les patients, intitulé « Un guide pour votre facture d'hôpital » est fourni à tous les patients. Ce documents explique le processus de facturation et fournit également des informations sur la Politique relative à l'aide financière.
- Un résumé de cette politique est fourni aux organisations locales à but non lucratif situées aux environs des hôpitaux du SDHP.

#### SYSTEME D'ADMISSIBILITE AUX SOINS CARITATIFS

**Demande.** Pour avoir droit aux soins caritatifs, le SDHP vous demande de remplir la demande d'aide financière du SDHP (Annexe 2).

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

**TITRE : Politique relative à l'aide financière**

**DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :**  
**13 décembre 2013**  
**DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA**  
**RÉVISION :** **28 novembre 2017**

- St. David's Georgetown Hospital
- St. David's Round Rock Medical Center
- St. David's North Austin Medical Center
- St. David's Medical Center
- St. David's Rehabilitation Hospital
- St. David's South Austin Medical Center
- Heart Hospital of Austin
- St. David's Surgical Hospital

**Approuvé par :** Le conseil d'administration de  
 St David's Healthcare

**PAGE :** 2 sur 9

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

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

La Demande autorise la collecte de renseignements conformément aux lois de l'État, aux conditions de revenus et aux exigences de documentations énoncées ci-dessous. Dans le cas de visites répétées à l'hôpital, le SDHP essaiera de révéifier avec le patient ou la partie responsable la demande à chaque nouvelle occasion ; cependant, une nouvelle demande et une nouvelle documentation justificative devront être fournies si plus de douze mois se sont écoulés.

Le calcul des membres de la famille proche Les patients demandant une aide financière doivent déclarer le nombre de membres de leur ménage.

*Adultes.* Lorsque l'on calcule le nombre de membres du ménage d'un patient adulte, on doit inclure le patient, le ou la conjoint(e) du patient et les personnes à sa charge.

*Mineurs.* Lorsque l'on calcule le nombre de membres du ménage d'un patient mineur, on doit inclure le patient, la mère du patient, le père du patient et les personnes à la charge du père du patient.

Calcul des revenus. Les patients doivent fournir le revenu annuel de leur ménage.

*Adultes.* Pour les adultes, le terme « Revenus annuels » aux fins de catégorisation sous les termes Insolvable ou Incapable de se soigner selon les critères de cette politique signifie la somme des revenus annuels bruts du patient et du ou de la conjoint(e) du patient.

<b>TITRE : Politique relative à l'aide financière</b>	
<b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :</b> <b>13 décembre 2013</b> <b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉVISION :</b> <b>28 novembre 2017</b>	<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
<b>Approuvé par :</b> Le conseil d'administration de St David's Healthcare	<b>PAGE :</b> 3 sur 9

*Mineurs.* Si le patient est un mineur, le terme « Revenus annuels » signifie la totalité des revenus annuels bruts du patient, de la mère du patient et du père du patient.

**Vérification des revenus.** Le patient ou la partie responsable doit appuyer les revenus déclarés dans la demande d'aide financière conformément aux exigences de documentation énoncées ci-dessous.

*Conditions de documentation.* Les revenus déclarés dans la demande d'aide financière peuvent faire l'objet d'une vérification par le biais de l'un des mécanismes suivants :

**Indicateurs de revenus.** En fournissant une documentation financière tierce, comprenant par exemple mais ne se limitant pas à : le formulaire W-2 de l'IRS ; la déclaration salariale et fiscale ; la fiche de paie ; la déclaration d'impôts individuelle ; la vérification téléphonique auprès de l'employeur ; les relevés bancaires ; les bordereaux de versement de la sécurité sociale ; l'avis de paiement d'assurance chômage ou les lettres d'admissibilité à une allocation chômage. De plus, la société prend en considération la situation économique générale des populations du lieu de résidence du patient.

**Participation à un programme public d'allocations.** La soumission de documentation montrant la participation en cours à un programme public d'allocations tel que Medicaid ; le programme de santé pour les démunis du comté (County Indigent Health Program) ; l'AFDC ; les bons alimentaires ; le WIC ; le programme Enfants en bonne santé du Texas ( Texas Healthy Kids) ; le programme d'assurance santé des enfants (Children's Health Insurance Program) ou tout autre programme similaire relatif aux plus démunis. La fourniture d'une preuve de la participation à l'un de ces programmes est requise avec la demande d'aide financière remplie.

*Procédure de vérification.* Pour déterminer les revenus totaux d'un patient, le SDHP peut prendre en considération d'autres actifs et passifs financiers du patient comme formant partie des revenus du patient et de la solvabilité de la famille du patient. Si nous déterminons qu'un patient peut payer le reste de la facture, cette décision n'empêche pas la réévaluation de la solvabilité du patient sur présentation de toute documentation supplémentaire.

<b>TITRE : Politique relative à l'aide financière</b>	
<b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :</b> <b>13 décembre 2013</b> <b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉVISION :</b> <b>28 novembre 2017</b>	<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
<b>Approuvé par :</b> Le conseil d'administration de St David's Healthcare	<b>PAGE :</b> 4 sur 9

Catégorisation dans l'attente de la vérification des revenus. Le SDHP peut prendre en considération une demande d'aide financière à tout moment avant, pendant ou après la date du service. Pendant le processus de vérification, tandis que le SDHP rassemble les informations nécessaires afin de déterminer les revenus d'un patient, celui-ci peut être traité comme un patient privé conformément aux politiques du SDHP.

Informations incohérentes ou incomplètes. Cette politique n'empêche d'aucune façon la possibilité pour le SDHP de mener à bien une vérification préalable supplémentaire concernant la solvabilité du patient si les informations fournies par le patient pendant le processus de demande semblent être incohérentes ou incomplètes. Le SDHP peut par exemple choisir d'enquêter afin de comprendre pourquoi peu ou aucun actif n'ont été déclarés si les revenus du patient sont élevés.

Falsification d'informations. La falsification d'informations peut entraîner le rejet de la demande d'aide financière. Si, après qu'une aide financière ait été accordée au patient, le SDHP apprend que les documents de la demande d'aide financière sont inexacts, le statut de soins caritatifs et l'aide financière peuvent être annulés.

**Catégorisation comme insolvable** Le terme « Insolvable » désigne toute personne non assurée ou sous-assurée qui est admise pour des soins sans obligation ou avec une obligation réduite de payer les services prestés en fonction du système d'admissibilité aux soins caritatifs.

Catégorisation. Les patients ne se verront accorder la catégorisation comme « Insolvable » que si leurs revenus annuels sont inférieurs ou égaux à 200 % du seuil de pauvreté tel qu'actualisé tous les ans dans le registre fédéral par le Département de la santé et des services sociaux (Department of Health and Human Services) des États-Unis (« Seuil de pauvreté fédéral »). Le seuil de pauvreté fédéral actualisé s'appliquera le premier jour du mois suivant sa publication.

**Catégorisation comme Incapable de se soigner** Le terme « Incapable de se soigner » désigne tout patient dont les factures médicales ou d'hôpital, après paiement par des tiers, excèdent un pourcentage précisé des revenus annuels de cette personne, et qui est incapable de payer le reste de la facture.

Évaluation initiale. Pour être pris en considération pour une catégorisation en tant que patient incapable de se soigner, le montant dû par le patient après paiement par des tiers doit excéder dix pourcent (10 %) des revenus annuels du patient et celui-ci doit être dans l'incapacité de payer le reste de la facture. Si le patient ne remplit pas les critères de l'évaluation initiale, il ne pourra pas être catégorisé comme étant incapable de se soigner.

<b>TITRE : Politique relative à l'aide financière</b>	
<b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :</b> <b>13 décembre 2013</b> <b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉVISION :</b> <b>28 novembre 2017</b>	<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
<b>Approuvé par :</b> Le conseil d'administration de St David's Healthcare	<b>PAGE :</b> 5 sur 9

Acceptation. Le SDHP peut accepter un patient qui ne remplit pas les critères de l'évaluation initiale de la catégorie « Incapable de se soigner » et qui remplit les critères énoncés ci-dessous :

**Revenus annuels compris entre 200 % et 500 % du seuil de pauvreté fédéral.** Les revenus du patient doivent être supérieurs à 200 % mais inférieurs à 500 % du seuil de pauvreté fédéral. Dans ces cas-là, le SDHP déterminera le montant de l'aide financière caritative accordé à ces patients sur base de leurs revenus annuels comparés au seuil de pauvreté tel qu'actualisé tous les ans dans le registre fédéral par le Département de la santé et des services sociaux (Department of Health and Human Services) des États-Unis (« Seuil de pauvreté fédéral »). La remise pourra aller de 40 à 90 %. La remise pour les patients non assurés s'appliquera au solde restant après application de la remise caritative.

**Procédures d'approbation.** Le SDHP travaillera en collaboration avec tous les patients non assurés pour déterminer leur admissibilité à Medicaid ou à une aide caritative, comme indiqué dans le « Document d'information pour les patients non assurés » figurant à l'Annexe 1. Les patients seront notifiés par courrier de leur admissibilité à une aide financière une fois que leur demande aura été examinée et traitée. Dans le cadre de l'examen de la demande en vue de son approbation, la direction du Centre des services partagés (SSC pour son sigle en anglais) prendra la décision d'admissibilité, en déterminant notamment si des efforts raisonnables ont été entrepris pour permettre la détermination d'admissibilité. Ladite direction pourra aussi effectuer des démarches supplémentaires pour obtenir plus d'informations, par exemple sur les actifs, etc. pour déterminer la solvabilité d'un patient ou pour savoir si le patient remplit les conditions lui ouvrant des droits à des subventions gouvernementales ou autres.

Dans l'éventualité où un patient n'a pas droit à une aide caritative, ou si le patient est responsable d'une partie du solde après application d'une aide caritative, la remise pour les patients non assurés s'appliquera au compte. Le montant dû n'excédera pas les montants généralement facturés aux patients assurés tel que déterminé en utilisant la méthode rétroactive décrite dans les régulations de l'Internal Revenue Service. Les patients peuvent demander des informations en envoyant une demande à :

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

Veuillez noter que si vous n'envoyez pas de demande d'aide financière dans les 120 jours suivant la date d'émission du document de facturation, l'établissement hospitalier (ou autre partie autorisée)

<b>TITRE : Politique relative à l'aide financière</b>	
<b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :</b> <b>13 décembre 2013</b> <b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉVISION :</b> <b>28 novembre 2017</b>	<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
<b>Approuvé par :</b> Le conseil d'administration de St David's Healthcare	<b>PAGE :</b> 6 sur 9

<p>peut prendre des mesures à votre rencontre afin d'obtenir le paiement de la facture, notamment, mais sans limitation, en signalant des informations négatives au sujet de la dette que vous avez auprès de l'établissement hospitalier auprès des agences d'évaluation du crédit ou des bureaux du crédit, et/ou en intentant une action civile en justice afin d'obtenir une décision juridique à votre rencontre vous enjoignant à régler le montant que vous devez à l'établissement hospitalier.</p> <p><b><u>RESERVE DE DROITS</u></b></p> <p>Le SDHP se réserve le droit de limiter ou de refuser une aide financière à sa seule discrétion.</p> <p><b><u>SERVICES NON COUVERTS</u></b></p> <p>Ci-joint dans l'Annexe 3 et intégralement reprise aux présentes par référence se trouve une liste des prestataires susceptibles d'offrir des soins d'urgence ou autres services médicalement nécessaires dans les hôpitaux du SDHP. L'Annexe 3 précise quels prestataires sont ou ne sont pas couverts par la présente Politique relative à l'aide financière. Les prestataires effectuant des procédures facultatives ou des soins autres que des soins d'urgence ou médicalement nécessaires ne sont pas couverts par la Politique relative à l'aide financière. L'Annexe 3 ci-jointe est mise à jour tous les mois.</p> <p>Les membres du public peuvent obtenir une copie de l'Annexe 3 en adressant une demande écrite à l'adresse suivante : Patient Accounting Services, 6000 N.W. Parkway, Ste. 124, San Antonio, TX 78249, ou en appelant le numéro de téléphone de l'établissement énuméré dans la Politique d'aide financière. Les patients peuvent également télécharger une copie de l'Annexe 3 à partir du site web suivant : <a href="http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot">http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot</a>.</p>
--

## TITRE : Politique relative à l'aide financière

**DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :**  
**13 décembre 2013**  
**DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA**  
**RÉVISION :** **28 novembre 2017**

- St. David's Georgetown Hospital
- St. David's Round Rock Medical Center
- St. David's North Austin Medical Center
- St. David's Medical Center
- St. David's Rehabilitation Hospital
- St. David's South Austin Medical Center
- Heart Hospital of Austin
- St. David's Surgical Hospital

**Approuvé par :** Le conseil d'administration de  
 St David's Healthcare

**PAGE :** 7 sur 9

### Annexe 1

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Numéro de compte : \_\_\_\_\_

#### Document d'information pour les patients non assurés

Le présent document vise 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 de remboursement des frais susceptibles d'être facturés pour ces services n'auront pas droit à la remise réservée aux non assurés.

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

Les informations suivantes sont un résumé de la façon avec laquelle un compte de patient non assuré sera traité et des options de remise auxquelles vous pourriez avoir accès. Si vous avez subi une opération de chirurgie esthétique ou une opération à tarif forfaitaire, ces remises ne s'appliquent pas. HCA applique des remises dans tous les autres cas. Le solde dû après remise est payable en totalité au moment du service.

Les coûts totaux des services fournis sont appliqués au compte.  
 La remise pour patient non assuré est appliquée aux coûts totaux, réduisant par conséquent le solde du compte.  
 Si vous êtes dans l'incapacité de payer la totalité du solde après remise, nous travaillerons à vos côtés pour mettre en place des modalités de paiements mensuels.  
 Si vous êtes dans l'impossibilité de vous engager pour des paiements mensuels, nous vous aiderons à présenter une demande d'assistance Medicaid.  
 Si vous obtenez une assistance Medicaid, nous leur enverrons la facture et vous serez uniquement responsable des frais non couverts.  
 Si vous n'avez pas droit à l'assistance Medicaid, vous pouvez remplir la demande d'aide financière (Financial Assistance Application), fournir les pièces justificatives le cas échéant et les faire examiner en vue d'obtenir une remise caritative.  
 Si vous avez droit à une remise caritative sur base du seuil fédéral de pauvreté (Federal Poverty Guidelines), votre solde sera considéré comme entièrement payé.  
 Si vous ne correspondez pas aux critères relatifs au seuil fédéral de pauvreté, vous devrez trouver le moyen de régler votre facture immédiatement.

HCA applique une ristourne de 100 % aux comptes éligibles à la remise caritative. Tous les autres comptes de patients non assurés auront droit à une remise partielle.

Signature du patient/de la partie responsable \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

SSD.FT.COLL.627 Document d'information pour les Patients non Assurés

**COPIE SAP - SIGNEZ SUR LE DOCUMENT**

**DOCUMENT D'INFORMATION POUR LES PATIENTS NON ASSURÉS**

DDN :  
 St. David's Medical Center

<b>TITRE : Politique relative à l'aide financière</b>	
<b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :</b> <b>13 décembre 2013</b> <b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉVISION :</b> <b>28 novembre 2017</b>	<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
<b>Approuvé par :</b> Le conseil d'administration de St David's Healthcare	<b>PAGE :</b> 8 sur 9

Annexe 2 1 sur 2

## Informations et instructions relatives à la demande d'aide financière auprès du St. David's Healthcare Partnership

### Instructions :

Dans le cadre de son engagement au service de la communauté et dans le but de répondre à l'un des engagements caritatifs du St. David's Health System, le St. David's Healthcare Partnership choisit de fournir une aide financière aux individus qui remplissent certains critères en termes de revenus.

Afin de déterminer si une personne a droit à une aide financière, nous avons besoin d'obtenir certaines informations comme indiqué dans cette demande. Votre coopération nous permettra de donner toute l'attention qu'elle mérite à votre demande d'aide financière.

Veillez remplir la demande d'aide financière et donner le formulaire dûment rempli au représentant des inscriptions ; ou le renvoyer à l'adresse suivante :

Patient Account Services (Service des comptes de patients)  
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 des prestations que chaque personne figurant dans la liste reçoit et si celles-ci sont horaires, hebdomadaires, mensuelles ou annuelles.

### Section B : Autres ressources

Dans le premier espace vide de la section B de la demande d'aide financière, veuillez indiquer le montant en dollars de vos possessions sur vos comptes courant, comptes d'épargne, actions, etc. Dans le second espace vide, veuillez indiquer le montant en dollars des revenus annuels que vous tirez de ces investissements. Par exemple, on pourrait indiquer dans le premier espace vide : 5 000 dollars sur un compte d'épargne, et dans le second on pourrait indiquer que ce compte rapporte 250 dollars par an.

### Section C : Membres de la famille

La section C de la demande d'aide financière demande des informations concernant le nombre de personnes composant le ménage du patient. Ce nombre doit inclure le patient, le ou la conjoint(e) du patient et les personnes à sa charge. Si le patient est mineur, veuillez inclure la mère et/ou le père et/ou le tuteur légal et toutes les personnes à la charge de la mère et/ou du père et/ou du tuteur légal.

### Section D : Vérification des revenus

Afin de prendre en considération votre demande d'aide financière, une vérification des salaires que vous avez rapportés à la section A de la demande d'aide financière est nécessaire. Veuillez fournir une copie du formulaire W-2 de l'IRS, votre déclaration salariale et fiscale ; vos fiches de paie et relevés bancaires ; votre déclaration d'impôts ou tout autre indicateur approprié concernant vos revenus ou une preuve de la participation à un programme public d'allocation tel que la sécurité sociale, l'allocation de chômage, Medicaid, le County Indigent Health Program, SFDC, une assurance chômage, des bons alimentaires, WIC, Texas Healthy Kids, Children's Health Insurance Program ou tout autre programme relatif aux plus démunis.

Vous pouvez aussi confirmer votre salaire en demandant à votre employeur de fournir une confirmation écrite ou en lui demandant de parler avec un représentant du SDHP.

**Si vous êtes dans l'incapacité de fournir l'un des documents qui démontrent vos sources de revenus tels qu'énumérés ci-dessus, veuillez fournir une explication écrite dans la section D de la demande d'aide financière.**

### Services médicaux

Les médecins fournissant des services ne sont pas des employés du St. David's Healthcare Partnership. Vous recevrez des factures séparées de votre médecin privé et des autres médecins qui vous ont fourni des services. En cas de question au sujet de ces factures, ou pour mettre en place des modalités de paiement pour ces services médicaux, veuillez contactez le bureau du médecin concerné.

<b>TITRE : Politique relative à l'aide financière</b>	
<b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :</b> <p style="text-align: center;"><b>13 décembre 2013</b></p> <b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉVISION :</b> <p style="text-align: center;"><b>28 novembre 2017</b></p>	<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
<b>Approuvé par :</b> Le conseil d'administration de St David's Healthcare	<b>PAGE :</b> 9 sur 9

Annexe 2 2 sur 2

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

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

**A. Salaires :** Veuillez fournir les salaires de chacune des personnes suivantes appartenant à votre ménage.

	Premier cercle		Premier cercle
Patient _____ \$	Heure/Semaine/Mois/Année	Père du patient (si le patient est mineur) _____ \$	Heure/Semaine/Mois/Année
Conjoint(e) _____ \$	Heure/Semaine/Mois/Année	Mère du patient (si le patient est mineur) _____ \$	Heure/Semaine/Mois/Année

**B. Autres ressources :** Veuillez fournir le montant total de vos ressources disponibles, y compris vos caisses d'épargne, comptes courants, actions, obligations, etc. : \_\_\_\_\_ \$

Veuillez fournir le montant des revenus annuels que vous tirez de ces autres ressources, y compris intérêts, dividendes, loyers perçus, etc. : \_\_\_\_\_ \$

**C. Membres de la famille :** Veuillez préciser le nombre de personnes composant le ménage du patient : \_\_\_\_\_

**D. Vérification des revenus :** Veuillez fournir l'un des documents suivants afin de justifier votre déclaration de revenus.

- Formulaire W-2 de l'IRS
- Confirmation de l'employeur
- Fiche de paie
- Preuve de participation à l'un des programmes d'aide gouvernementale, telle que des bons alimentaires, CDIC, Medicaid ou AFDC
- Déclaration d'impôts
- Lettres d'admissibilité à une allocation de chômage ou à la sécurité sociale
- Relevés bancaires
- Autre, veuillez préciser

Si vous êtes dans l'incapacité de fournir un document permettant de justifier vos sources de revenus (tel qu'énuméré ci-dessus), veuillez expliquer pourquoi ces informations ne sont pas disponibles :

Je comprends que le St. David's Healthcare Partnership (SDHP) peut vérifier les informations financières contenues dans cette Demande d'aide financière (« Demande ») dans le cadre de l'évaluation par le SDHP de cette demande, et par ma signature, j'autorise mon employeur à certifier les informations fournies dans cette demande. J'autorise le SDHP à demander des rapports aux agences d'évaluation du crédit et à l'Administration de la sécurité sociale. Je certifie que ces informations sont, à ma connaissance, exactes et je suis informé(e) que la falsification d'informations dans le cadre de cette demande peut entraîner le rejet de l'aide financière.

Je comprends que l'éventuelle aide financière est basée sur mon incapacité à payer et que si une nouvelle source de revenus s'avère disponible, le SDHP peut revenir sur tout ou partie de l'aide financière accordée.

Signature du patient ou de la partie responsable	Date
Signature de l'employé(e) du SDHP si une partie de la demande d'aide financière a été remplie par un employé du SDHP	Date