

Politique d'aide financière de Baptist Health

Si vous avez besoin d'aide pour régler les soins de santé qui vous ont été prodigués dans un établissement hospitalier Baptist Health, notre Politique d'aide financière (FAP) peut vous aider. Veuillez remplir ce formulaire dans son intégralité pour permettre à nos conseillers financiers des patients d'examiner et de traiter votre demande dans les meilleurs délais. Toute lacune ou imprécision peut retarder la procédure de demande ou entraîner un refus.

En plus de votre demande, vous pourriez être amené à fournir les documents et informations suivants :

Type de revenu du foyer	Justificatifs nécessaires
Salaires et revenus tirés des emplois	<ul style="list-style-type: none"> Bulletin de salaire le plus récent indiquant les salaires bruts perçus depuis le début de l'année ; OU Au minimum, les fiches de paie du mois complet le plus récent
Revenus des activités indépendantes ou revenus locatifs	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'impôt la plus récente accompagnée de toutes ses annexes ; OU Compte de résultat ; OU Contrat(s) de bail
Revenus des investissements (intérêts, dividendes, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'impôt la plus récente accompagnée de toutes ses annexes ; OU Relevés des investissements
Allocations chômage ou indemnités d'accident du travail	<ul style="list-style-type: none"> Relevé des paiements indiquant vos prestations hebdomadaires brutes
Pension alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'impôt la plus récente accompagnée de toutes ses annexes ; OU Jugement de divorce rendu par le tribunal / montant accordé
Revenu/rente de retraite ou de pension	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'impôt la plus récente accompagnée de toutes ses annexes ; OU Lettre de prestations brutes mensuelles
Revenu social / de solidarité complémentaire ou prestations d'ancien combattant	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'impôt la plus récente accompagnée de toutes ses annexes ; OU Lettre de prestations brutes mensuelles

Type d'actif du ménage	Justificatifs nécessaires
Liquidités	<ul style="list-style-type: none"> Relevé bancaire le plus récent pour tous les comptes chèques et d'épargne
Investissements (CD, obligations d'épargne américaines, bons du Trésor américain, actions, fonds du marché monétaire, fonds communs de placement, fonds fiduciaires, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Relevés d'investissement indiquant les soldes
Résidence secondaire	<ul style="list-style-type: none"> Relevé hypothécaire (autre que celui de la résidence principale) ; OU Facture / relevé de l'impôt foncier

Membres du foyer	Justificatifs nécessaires
Enfants à charge de moins de 18 ans vivant avec vous	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'impôt la plus récente accompagnée de toutes ses annexes ; OU Documents de tutelle ; OU Jugement de divorce du tribunal
Enfants à charge de moins de 25 ans qui étudient à temps plein	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'impôt la plus récente accompagnée de toutes ses annexes ; OU Preuve d'inscription dans un établissement scolaire
Parent admissible vivant avec vous (parent, beau-parent, frère, sœur, nièce, neveu)	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'impôt la plus récente accompagnée de toutes ses annexes justifiant que vous le déclarez avec vous

Comment soumettre votre demande :



Déposez une demande en ligne à l'adresse suivante : www.My.BaptistChart.com



Envoyez-nous un e-mail à l'adresse suivante : PFSAAPPT@bmcjax.com



Venez nous voir en personne à l'adresse suivante :

N'importe quel établissement hospitalier Baptist Health
 Ou notre site de San Marco East à l'adresse suivante :
 3563 Philips Highway,
 BLDG B, STE 201
 Jacksonville, FL 32207



Envoyez un courrier à l'adresse suivante: Baptist Health Jacksonville
 P.O. Box 736048
 Dallas, TX 75373-6048
 À l'attention : du Conseiller financier des patients

Nom du(de la) patient(e) : _____ Numéro de téléphone : (____) ____ - _____

Date de naissance : ____/____/____ Numéro de sécurité sociale : ____ - ____ - ____ Adresse e-mail : _____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Patiente enceinte : Oui Non Patient(e) handicapé(e) : Oui Non Sans-abri : Oui Non État civil : _____

Avez-vous une assurance maladie/automobile qui couvre certains de vos soins médicaux ? Oui _____ Non
Numéro d'assurance/de police

Énumérez toutes les personnes à charge vivant avec vous et dont vous subvenez aux besoins, y compris le(la) conjoint(e), les enfants de moins de 18 ans ou les étudiants à temps plein de moins de 25 ans (enfants biologiques, enfants adoptés, beaux-enfants ou autres enfants légalement à charge), les parents, les beaux-parents, les frères et sœurs, les nièces ou les neveux.

Membres du foyer :

Nom du ou des membre(s) du foyer	Date de naissance	4 derniers chiffres du numéro de sécurité sociale	Lien avec le(la) patient(e)	Statut fiscal
Moi-même / le(la) patient(e)			Moi-même / le(la) patient(e)	

Indiquez tous les revenus ou « aucun revenu » pour chaque membre du foyer énuméré ci-dessus, y compris vous-même.

Revenus du foyer :

Nom du ou des membre(s) du foyer	Source de revenus	Nombre de mois avec revenus ou sans revenus	Revenu mensuel brut actuel	Revenu brut annuel
avec ou sans revenus (y compris vous-même)	Nom de l'employeur, travailleur indépendant, revenus locatifs, revenus d'investissement, indemnités d'accident du travail, allocation de chômage, pension alimentaire, pension/retraite/rente, sécurité sociale, prestations d'ancien combattant, ou « aucun revenu ». Si vous ne disposez pas de cette information, inscrivez « inconnu ».			Liste des revenus totaux
Moi-même / le(a) patient(e)*				

*Si vous déclarez ne pas avoir de revenus, indiquez-nous qui vous fournit de l'aide : Nom : _____ Relation : _____

Actifs du foyer :

Indiquez tous les actifs ou « aucun actif » pour chaque membre de la famille énuméré ci-dessus, y compris vous-même*.

Nom du ou des membre(s) du foyer	Type d'actif	Montant actuel total de l'actif en dollars
Moi-même / le(la) patient(e)		

*Si le total de tous les actifs dépasse 75 000 \$, tout montant supérieur à 75 000 \$ sera considéré comme un revenu aux fins de ce calcul.

À l'attention des bénéficiaires de Medicare : la réglementation fédérale exige que les bénéficiaires de Medicare justifient leurs revenus et leur patrimoine lorsqu'ils demandent une aide financière à l'hôpital.

Baptist Health se réserve le droit de modifier toute décision prise sur la base du présent formulaire, y compris l'annulation d'une radiation, si les informations fournies sont inexactes/fausses ou si les factures médicales se rapportent à un accident ayant déjà donné lieu à un remboursement. J'atteste que les informations ci-dessus sont correctes et je conviens qu'en vertu de la Loi FL 817.50, le fait de fournir de fausses informations pour escroquer un hôpital dans le but d'obtenir frauduleusement des biens ou services constitue une infraction de deuxième degré. Le cas échéant, j'autorise Baptist Health à vérifier les informations fournies en se procurant un rapport de crédit à la consommation.

Signature du(de la) patient(e) / du(de la) garant(e) _____

Date _____

En cas de question, n'hésitez pas à nous contacter.
 My.BaptistChart.com • Site Web : www.baptistjax.com/fap
 P.O. Box 736048 • Dallas, TX 75373-6048
 Numéro de téléphone : 904.202.2092 • Numéro de télécopie : 904.391.5550
 • Adresse e-mail : pfsfaappt@bmcjax.com

SI D'AVANTAGE DE LIGNES
 SONT NÉCESSAIRES,
 VEUILLEZ DEMANDER
 LA PAGE 2.