

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 01 novembre 2020	<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 10

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 : <https://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.
- Des panneaux présentant de façon bien visible des informations sur la mission et les lignes directrices de l'organisation caritative sont présents à tous les points d'admission.
- 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.

SYSTEME D'ADMISSIBILITE 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

TITRE : Politique d'aide financière

DATE D'EFFET : 13 décembre 2013

DATE D'EFFET DE LA RÉVISION :

01 novembre 2020

- 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 : Conseil d'administration de
St. David's Healthcare

PAGE: 2 sur 10

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.

La Demande d'aide financière, la Politique d'aide financière et 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
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

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 de collecter des 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 révérifier 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.

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 01 novembre 2020	<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 10

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.

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, des fiches de salaire et une 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

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 01 novembre 2020	<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 10

Healthy Kids ; le programme d'assurance santé pour les enfants ; ou tout autre programme similaire relatif aux démunis. Une preuve de participation à l'un des programmes ci-dessus est requise avec la Demande d'aide financière dûment remplie.

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 déterminé qu'un patient a la capacité de payer le reste de la facture, cette détermination n'empêche pas une réévaluation de la capacité de paiement du patient sur présentation de documents 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.

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 01 novembre 2020	<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 10

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

Acceptation. Le SDHP peut accepter un patient qui remplit les critères d'évaluation initiale en tant que démunis 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 démunis catastrophiques lorsque leur solde résiduel dépasse un pourcentage déterminé de leur revenu. Dans ces circonstances, le SDHP déterminera le

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 01 novembre 2020	<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 10

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'aide 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, la remise pour non assuré ou les autres remises applicables seront appliquées 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
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369*

RESERVE DE DROITS

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

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 01 novembre 2020	<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 10

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, PO Box 292369, Nashville, TN 37229-2369; 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 sur le site Web suivant : <https://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 : 01 novembre 2020	<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 10

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 remise 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 disponibles pour vous. Si vous avez bénéficié d'une opération esthétique facultative ou forfaitaire, ces remises 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'aide 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 remise caritative éventuelle. Si vous êtes admissible à une remise caritative sur la base des 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 une remise de 100 % sur les comptes approuvés pour l'aide caritative. Tous les autres comptes non assurés recevront une remise partielle.

Signature du patient/de la partie responsable _____ Date _____

Signature du témoin _____ Date _____

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

COPIER-COLLER LA SIGNATURE SUR LE DOSSIER

DOCUMENT D'INFORMATION POUR PATIENT NON ASSURÉ

DATE DE NAISSANCE :
1st. St. David's Medical Center

TITRE : Politique d'aide financière

DATE D'EFFET : 13 décembre 2013

**DATE D'EFFET DE LA RÉVISION :
01 novembre 2020**

- 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 : Conseil d'administration de
St. David's Healthcare**

PAGE: 9 sur 10

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 _____ Numéro de sécurité sociale _____ Date de naissance (mois/jour/année) _____

Employé

Sans emploi

Employeur (nom, adresse et numéro de téléphone) _____

Nom du conjoint/de la conjointe _____ 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 de chacune des personnes suivantes dans votre foyer.

	\$ _____	Encerclez une réponse			\$ _____	Encerclez une réponse		
Patient		Hr/	Semaine/Mois/	Année	Père du patient (si le patient est mineur)		Hr/Semaine/Mois/	Année
Conjoint(e)	\$ _____	Hr/	Semaine/Mois/	Année	Mère du patient (si le patient est mineur)	\$ _____	Hr/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 bons d'alimentation, 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 la présente 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.

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 _____ Date _____

TITRE : Politique d'aide financière	
DATE D'EFFET : 13 décembre 2013 DATE D'EFFET DE LA RÉVISION : 01 novembre 2020	<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: 10 sur 10

Annexe 2 2 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)
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

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'allocations 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.