# NATIONWIDE CHILDREN’S HOSPITAL

# RÉSUMÉ EN TERMES SIMPLES DE LA POLITIQUE D’AIDE FINANCIÈRE

## PROGRAMME D’AIDE FINANCIÈRE

#### \*\* Le formulaire de demande est disponible au verso de cette page. \*\*

Le Nationwide Children’s Hospital fournit des soins gratuits ou à prix réduit pour les services de base nécessaires du point de vue médical aux personnes admissibles au Programme d’aide financière ou au Programme d’assurance des soins hospitaliers (Hospital Care Assurance Program, HCAP). Avant de déposer une demande d’aide financière, les patients doivent épuiser toutes les autres ressources, y compris une demande auprès du département local chargé des services pour l’emploi et la famille. L’admissibilité à cette aide est fondée sur le revenu brut total (le montant que vous gagnez avant impôts) et le nombre de personnes à charge dans la famille. Les patients admissibles ne paieront les soins d’urgence ou autres soins nécessaires du point de vue médical qu’à hauteur des montants généralement facturés (Amounts Generally Billed, AGB) aux patients couverts par une assurance. Nationwide Children’s ne pratique aucune discrimination fondée sur la race, la couleur de la peau, les croyances, l’appartenance ethnique, l’origine nationale, l’âge, le sexe, l’orientation sexuelle, l’identité de genre, la religion ou le handicap.

**Conditions d’admission :**

Revenus inférieurs ou égaux à 400 % du seuil de pauvreté fédéral.

Impossibilité de bénéficier de Medicaid : les bénéficiaires de Medicaid qui reçoivent des soins nécessaires du point de vue médical non couverts par Medicaid seront couverts par le Programme d’aide financière.

Résidence dans l’État de l’Ohio : une demande d’aide financière pour des soins médicaux non urgents par des non-résidents de l’Ohio doit être approuvée avant que les soins leur soient dispensés.

## BESOIN D’AIDE POUR INTRODUIRE UNE DEMANDE D’AIDE FINANCIÈRE ?

#### Appelez le 614 722 2055.

Pour obtenir de l’aide ou une copie gratuite de la politique d’aide financière (Financial Assistance Policy, FAP), du résumé en termes simples de la FAP et de la demande d’aide financière en anglais ou dans une autre langue, adressez-vous à un agent du service de prise en charge des patients au 700 Children’s Drive ou à l’une de nos autres agences. Vous pouvez également obtenir ces documents sur le site [www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance](http://www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance).

**PROGRAMME D’ASSURANCE POUR LES SOINS HOSPITALIERS (HCAP)**

**\*\* Le formulaire de demande est disponible au verso de cette page. \*\***

Le HCAP est la version pour l’Ohio du Disproportionate Share Hospital Program imposé par le gouvernement fédéral. Ce programme prend en charge les frais hospitaliers uniquement. Toutes les assurances et les tiers payeurs doivent être facturés avant qu’une demande de couverture par le HCAP puisse être déposée. L’aide ne peut être accordée que pour la partie de la facture qui est à charge du patient.

**Conditions d’admission :**

Revenus inférieurs ou égaux au seuil de pauvreté fédéral.

Impossibilité de bénéficier de Medicaid.

Résidence dans l’État de l’Ohio.

## PROGRAMMES « HEALTHY START » ET « HEALTHY FAMILIES »

#### Appelez le 614 722 2070 ou le 1 800 324 8680.

Les programmes « Healthy Start » et « Healthy Families » offrent une couverture médicale gratuite et à coût réduit aux familles, aux mineurs (jusqu’à l’âge de 19 ans) et aux femmes enceintes. La couverture comprend les visites chez le médecin, les soins hospitaliers, les services liés à la grossesse, les médicaments, les soins ophtalmologiques, dentaires, les traitements de la toxicomanie, les services de santé mentale et bien d’autres encore.

**Conditions d’admission :**

« Healthy Start » est disponible pour les enfants non assurés de familles dont le revenu est inférieur ou égal à 206 % du seuil de pauvreté fédéral (Federal Poverty Level, FPL).

« Healthy Start » est disponible pour les enfants assurés de familles dont le revenu est inférieur ou égal à 156 % du seuil de pauvreté fédéral.

## REVENUS CORRESPONDANT AU SEUIL DE PAUVRETÉ FÉDÉRAL (FPL) – En vigueur le 17/01/2025

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Taille du ménage** | **Revenus à 100 % du FPL** | **Revenus à 150 % du FPL** | **Revenus à 200 % du FPL** | **Revenus à 300 % du FPL** | **Revenus à 400 % du FPL** |
| 1 | 15,650$ | 23,475$ | 31,300$ | 46,950$ | 62,600$ |
| 2 | 21,150$ | 31,725$ | 42,300$ | 63,450$ | 84,600$ |
| 3 | 26,650$ | 39,975$ | 53,300$ | 79,950$ | 106,600$ |
| 4 | 32,150$ | 48,225$ | 64,300$ | 96,450$ | 128,600$ |
| 5 | 37,650$ | 56,475$ | 75,300$ | 112,950$ | 150,600$ |
| 6 | 43,150$ | 64,725$ | 86,300$ | 129,450$ | 172,600$ |
| Pour chaque personne supplémentaire, ajouter | 5,500$ | 8,250$ | 11,000$ | 16,500$ | 22,000$ |

Apposez ici **la vignette d’inscription**

**OU**

**Date du service : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# NATIONWIDE CHILDREN’S HOSPITAL

# Demande pour bénéficier de l’aide financière et du HCAP

Une demande individuelle **DOIT** être déposée pour chaque patient.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du patient :  | Nom du garant :  |
| Adresse, ville et État :  | Numéro de téléphone :  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Le patient résidait-il dans l’Ohio au moment du service ?Les réponses à ces questions n’auront pas d’incidence sur l’admissibilité du patient et ne retarderont pas son accès aux soins.. | Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_  |
| 2) Le patient était-il un citoyen des États-Unis au moment du service ? | Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_  |
| 3) Le patient avait-il une assurance maladie au moment du service ? | Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_  |
| 4) Le patient était-il bénéficiaire actif de Medicaid au moment du service ? | Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_  |
| 5) Le patient était-il bénéficiaire actif de l’assistance aux personnes handicapées au moment du service ? | Oui\_\_\_\_ Non\_\_\_\_  |

**Les revenus comprennent les salaires bruts (avant impôts), les revenus locatifs, les indemnités de chômage, les prestations de sécurité sociale, l’aide publique, etc.**

**Les membres du ménage sont toutes les personnes désignées ci-dessous, quel que soit leur lieu de résidence.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du membre du ménage** | **Âge** | **Date de naissance** | **Lien** **avec le patient** | **Source de revenu****ou nom de l’employeur** | **Revenus sur les 3 mois****précédant la date du service** | **Revenu sur les 12 mois****avant la date du service** |
|  |  |  | Patient |  |  |  |
|  |  |  | Parent |  |  |  |
|  |  |  | Parent |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Cochez le(s) justificatif(s) de revenus joint(s) :**

Copies des bulletins de paie Lettre de l’employeur

Incapacité à fournir des justificatifs

**Renvoyez ce formulaire avec les éventuelles pièces jointes à :**

**Nationwide Children’s Hospital**

**Patient Accounts – F.A. Dept**

**700 Children’s Drive**

**Columbus, OH 43205**

**614 722 2055**

**Fax : 614 355 2266**

**E-mail :**

**Children’sPatientAccounts@NationwideChildrens.org**

Par ma signature ci-dessous, j’atteste que tout

ce que j’ai déclaré dans cette demande et dans les pièces jointes correspond à la réalité.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du patient :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date

**Si vous avez déclaré un revenu de 0 $**, veuillez expliquer brièvement comment vous (ou le patient) subvenez à vos besoins :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_