

Informations sur la demande d'aide financière de l'UPMC

L'UPMC octroie une aide financière pour les soins médicaux dispensés par les établissements de l'UPMC et les médecins affiliés à l'UPMC aux personnes et aux familles éligibles. En fonction de vos besoins financiers, des réductions de paiements ou la gratuité des soins peuvent être accordés.

Vous pouvez avoir droit à une aide financière si vous :

- avez une assurance de santé limitée ou n'en avez pas
- n'avez pas droit à une aide financière du gouvernement (par exemple, Medicare ou Medicaid)
- pouvez apporter la preuve que vous avez des besoins financiers
- fournir à l'UPMC toutes les informations nécessaires sur les finances de votre foyer
- avoir des factures médicales dont le montant dépasse votre capacité de paiement, comme déterminé par les directives de l'UPMC

À propos du processus de demande

Pour faire une demande d'aide financière de l'UPMC, veuillez suivre ces étapes :

- Remplissez le formulaire de demande d'aide financière de l'UPMC dans ce dossier.
 - > Incluez les pièces justificatives énumérées dans la liste de contrôle.
 - > Sachez que vous devez d'abord vérifier si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de prestations d'assurance qui couvriraient vos soins (comme l'indemnisation pour accident du travail, l'assurance automobile et l'assistance médicale). Nous pouvons vous montrer comment obtenir les ressources nécessaires pour cela.
 - > Nous examinons ensuite vos revenus et la taille de votre famille pour déterminer le niveau d'aide dont vous pouvez bénéficier. Nous utilisons une échelle variable, basée sur les lignes directrices fédérales sur la pauvreté.
- Nous prendrons contact avec vous pour vous faire savoir si vous avez droit à l'aide financière de l'UPMC.
- Nous pouvons vous aider à mettre en place un plan de paiement pour tous les frais ou factures en suspens qui ne sont pas couverts par l'UPMC.

Remplir votre demande

Please mail your filled-out application form and copies of your proof of income materials to:

UPMC Financial Assistance

Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

Patients of UPMC Central PA and UPMC Somerset can mail application materials to the appropriate address below:

UPMC Central PA

Coordinateur financier pour les patients de Central Pa
P.O. Box 2353 Harrisburg, PA 17105-2353
717-231-8989 ou 1-877-499-3899
(numéro gratuit), option 3

UPMC Somerset

Attn: Cashier
225 S. Center Avenue
Somerset, PA 15501
1-814-443-5002

If you have any questions, please call toll-free, 1-800-371-8359, press option 2. Additional information is also available on the web at UPMC.com/PayMyBill.

Aide financière de l'UPMC – Liste de contrôle des documents

Votre demande doit inclure des copies de tous les documents ci-après qui s'appliquent à votre cas. Veuillez joindre des copies, et non des originaux, car UPMC ne retournera pas les documents envoyés avec la demande. Si l'un des documents manque, cela retardera le traitement de votre demande.

Si vous avez des revenus ou des actifs tels que :

- Salaires, gains, pourboires
- Revenus professionnels
- Revenus de la sécurité sociale
- Revenus de pension ou de retraite
- Dividendes et intérêts
- Loyer et redevances
- Indemnité de chômage
- Revenus d'indemnisation pour accidents du travail
- Pension alimentaire et pension alimentaire pour les enfants
- Jugements légaux
- Argent en espèce, comptes bancaires et comptes du marché monétaire
- Certificats de dépôt arrivés à échéance, fonds communs de placement, obligations ou autres placements facilement cessibles

Joignez des preuves des revenus de votre ménage, qui peuvent inclure :

- Le formulaire 1099 de sécurité sociale ou des lettres d'attribution
- Des lettres d'allocation de chômage ou d'indemnisation pour accidents du travail
- Les fiches de paie pour les 30 derniers jours
- Le formulaire IRS 1040 le plus récent et les annexes appropriées
- Si vous êtes un travailleur indépendant, vous devez inclure une déclaration complète de l'annexe C et/ou une déclaration de pertes et profits
- Des lettres de demande de soutien
- Tous les autres revenus, tels que les fonds en fiducie, les fondations caritatives, etc. (relevé du mois ou du mois dernier)

Attach proof of your assets, which may include:

- Bank statements, mutual fund statements, money market accounts, COD's, bonds, etc. (statement from this month or last month from all accounts)

Si vous n'avez aucun revenu :

- Si vous n'avez aucun revenu, envoyez-nous une lettre de demande de soutien. La personne qui vous soutient doit signer la lettre.

Votre formulaire de demande d'aide financière rempli et signé

- Veuillez remplir toutes les parties du formulaire qui s'appliquent à vous. Veuillez noter qu'une demande distincte doit être remplie pour chaque patient qui sollicite une aide financière.

Aide financière de l'UPMC – Formulaire de demande

Nom du patient :	
Date de naissance du patient :	Numéro de sécurité sociale du patient :

Adresse :		Numéro de téléphone en journée :
Ville :	État :	Numéro de téléphone secondaire :
Code postal :	Comté :	

Nom de l'employeur :	Nom de l'employeur du conjoint :
----------------------	----------------------------------

Informations sur le ménage : Énumérez TOUS les membres de votre ménage, notamment les personnes à charge, qui figuraient sur votre dernier formulaire IRS 1040. Si un membre de votre ménage a une facture médicale distincte à l'UPMC qui doit être prise en compte pour une aide financière, veuillez cocher la case sous « Facture médicale UPMC ».

Noms	Relation avec le patient	Date de naissance	UPMC Facture médicale

Nombre total de personnes du ménage (y compris le patient) : _____

Si vous avez déjà reçu une facture, veuillez nous donner votre numéro de compte ou de patient : _____

Avez-vous une assurance Oui Non

Si oui, fournissez les informations relatives à l'assurance : _____

Avez-vous des comptes bancaires ? Oui Non

Si **oui**, fournissez un mois de tous les relevés bancaires que vous avez.

Revenu mensuel du ménage : Indiquez votre revenu mensuel et celui des autres membres du ménage. Joignez également des copies des documents prouvant vos revenus et vos biens (voir la liste de contrôle des documents).

Revenu mensuel brut	Vous-même	Conjoint et/ou autres membres du ménage
Salaires/travailleur indépendant	\$	\$
Sécurité sociale	\$	\$
Revenu de pension ou de retraite	\$	\$
Dividendes et intérêts	\$	\$
Loyers et redevances	\$	\$
Chômage	\$	\$
Indemnisation pour accident de travail	\$	\$
Pension alimentaire et pension alimentaire pour les enfants	\$	\$
Autres revenus	\$	\$
Revenu familial mensuel total	\$	\$

Commentaires additionnels :

Avis de confidentialité : Je comprends que les informations que je fournis seront utilisées uniquement pour déterminer la prise en charge financière de mes frais à l'UPMC (soins médicaux, y compris les services hospitaliers et médicaux) et resteront confidentielles. Je comprends que les documents que j'envoie pour prouver mes revenus et mes ressources ne seront pas retournés. Je comprends en outre que les informations que je sou mets concernant mon revenu familial annuel et la taille de ma famille font l'objet d'une vérification par l'UPMC, y compris, le cas échéant, l'obtention d'informations financières auprès des employeurs, des banques et des autres entités que j'ai énumérés dans cette demande. Je comprends que si les informations que j'ai fournies s'avèrent être fausses, cela peut entraîner l'annulation de l'approbation de l'aide financière et que je serai tenu(e) de payer le montant total de tous les frais. Je comprends que la détermination de l'aide financière par l'UPMC est susceptible d'être modifiée et/ou rétractée dans le cas où des informations importantes ont été faussement déclarées ou omises dans la demande, ou si une procédure de demande d'indemnisation a été engagée permettant qu'une couverture d'assurance me soit accordée ou en cas de tout changement important de circonstances.

Ma signature autorise l'UPMC à vérifier toutes les informations fournies dans ce formulaire. Je certifie que les informations ci-dessus sont à ma connaissance exactes et véridiques.

Signature : _____

Relation avec le patient : _____

Date : _____