



Bonjour,

Payer pour votre assurance-maladie peut être une dépense onéreuse. Nous voulons nous assurer que vous obtenez toute l'aide nécessaire. Cette lettre s'accompagne d'une demande d'assistance financière. Même si vous disposez d'une assurance, vous pouvez toujours faire une demande d'aide financière. Celle-ci pourrait vous aider à couvrir certains frais comme les quotes-parts, les franchises et les coassurances.

Votre éligibilité à cette aide dépend de votre revenu annuel, qui est déterminé par le revenu brut (revenu total avant toute déduction) que votre ménage a perçu au cours des 4 dernières semaines.

Veuillez remplir et renvoyer le formulaire de demande accompagné de toutes les pièces justificatives requises.

Voici quelques exemples de preuve de revenu :

- Déclaration de revenus fédérale la plus récente, si elle doit être déposée ;
- 4 semaines les plus récentes de vos bulletins de paie consécutifs ; en fonction de vos revenus, vous pouvez présenter :
 - 4 bulletins de paie si vous percevez votre paie toutes les semaines;
 - 2 bulletins de paie si vous percevez votre paie toutes les deux semaines.
- Si vous êtes indépendant(e), état détaillé des profits et pertes du dernier mois ;
- Lettre présentant les avantages de sécurité sociale/Relevé de retraite, etc. pour l'année en cours ;
- Lettre présentant l'assistance générale en cours ;
- Déclaration de la pension de chômage ou des indemnisations pour les 4 dernières semaines ;
- Autre preuve de revenu que vous avez perçu au cours des 4 dernières semaines comme une pension alimentaire pour enfants, pension alimentaire pour conjoints, allocations, gains de loterie ou primes ;
- Aucun revenu perçu ? Veuillez fournir une déclaration expliquant votre situation actuelle et les aides que vous recevez. Si vous vivez sur vos économies, veuillez fournir votre dernier relevé bancaire mensuel.

Les demandes reçues sans la totalité des pièces justificatives requises ne seront pas acceptées et vous seront renvoyées. Si toutes les pièces justificatives sont jointes à votre demande, nous vous répondrons dans les 60 jours. **L'approbation n'est pas une garantie d'aide financière ; certaines exclusions s'appliquent.**

Veuillez noter qu'au cours de ce processus, vos comptes ne seront **pas gelés**. Vous devrez rester impliqué(e) dans ce processus pour fournir des informations supplémentaires lorsqu'elles vous seront demandées, afin d'éviter d'éventuelles procédures de recouvrement. Une carte de crédit ou des renseignements bancaires sont nécessaires pour procéder au paiement mensuel.

Si vous avez des questions, veuillez contacter notre bureau sans frais au **866 804-2499**.

Merci,
Conseiller financier
Services financiers des patients de MaineHealth

AVIS

Soins médicaux gratuits pour ceux qui ne peuvent pas payer — 2025

La loi du Maine exige que des soins médicaux gratuits soient fournis aux résidents du Maine dont le revenu est inférieur à 150 % du seuil de pauvreté fédéral. MaineHealth fournit des soins complets gratuits à tous les patients **dont les revenus sont égaux ou inférieurs à 200 %** du seuil de pauvreté fédéral. Les résidents du New Hampshire qui reçoivent des soins à l'hôpital Memorial et/ou dans d'autres cabinets médicaux associés de MaineHealth peuvent également être qualifiés en vertu du programme de soins gratuits.

Taille de la Famille	150 %	200 %
1	23 475,00 USD	31 300,00 USD
2	31 725,00 USD	42 300,00 USD
3	39 975,00 USD	53 300,00 USD
4	48 225,00 USD	64 300,00 USD
5	56 475,00 USD	75 300,00 USD
6	64 725,00 USD	86 300,00 USD
7	72 975,00 USD	97 300,00 USD
8	81 225,00 USD	108 300,00 USD
Chaque ajout	8 250,00 USD	11 000,00 USD

Pour demander une aide financière, veuillez nous contacter :

- Patient Financial Services, au numéro gratuit : **866-804-2499** ; du lundi au vendredi, heures normales de bureau, de 8 h à 16 h 30.

Les frais ne dépasseront pas les montants généralement facturés à Medicare.

Si votre demande d'aide financière est approuvée en vertu de notre politique et que votre approbation ne couvre pas 100 % de nos frais pour le service, vous ne devrez pas payer plus pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires que le montant généralement facturé aux patients bénéficiant d'une assurance.

Seuls les soins médicaux nécessaires sont prodigués gratuitement. Si vous n'êtes pas admissible à des soins médicaux gratuits, vous pouvez demander une audience équitable. Nous vous indiquerons comment introduire une demande d'audience équitable.





Conseil financier de MaineHealth

Demande de gratuité des soins ou d'un plan de paiement échelonné

Je postule pour : **Gratuité des soins Plan de paiement échelonné Les deux**

Informations sur le postulant

Prénom	Nom	Date de naissance	
Adresse	Ville/État/Code postal	Téléphone	
État civil (<i>facultatif</i>)	Employeur (Liste complète pour les 4 dernières semaines)	Date de début et salaire	

Renseignements sur le conjoint/co-postulant (mariés ou partenaires familiaux officiellement reconnus uniquement)

Prénom	Nom	Date de naissance	
N° de Téléphone	Employeur	Date de début et salaire	

Personnes à charge (tous les postulants âgés de moins de 18 ans et résidant actuellement avec le postulant)

Nom	Date de naissance	Relation avec le postulant	N° d'identification de MaineCare

Revenus du ménage

Le postulant et son ménage doivent fournir la déclaration de revenus nationale complète de l'année précédente ou une déclaration n'indiquant aucun revenu.

Si le ménage reçoit :	Montant mensuel :	Le postulant doit fournir :
Émoluments / salaires de(s) l'employeur(s)	\$	Les bulletins de paie des 4 dernières semaines ou des 12 derniers mois ou le rapport détaillé sur la paie de chaque emploi indiquant le revenu brut <u>ET</u> la déclaration de revenus fédérale complète de l'année précédente.
Indépendant/Revenus de location	\$	L'état des profits et pertes du dernier mois ou des 12 derniers mois <u>ET</u> la déclaration de revenus fédérale complète de l'année précédente.
Allocation de chômage, invalidité de courte durée (STD), invalidité de longue durée (LTD) ou indemnisation des travailleurs	\$	Les réclamations hebdomadaires indiquant le revenu brut des 4 dernières semaines ou des 12 derniers mois OU les détails de paie de l'employeur démontrant le paiement d'invalidité.
Sécurité sociale ou pension d'Invalidité (SSDI)	\$	Lettre des avantages pour l'année en cours. Pour faire la demande d'une copie de votre lettre des avantages, appelez le 1-800-772-1213 ou visitez www.ssa.gov . Le Formulaire 1099 n'est pas acceptable
Avantages ou pension de Retraite	\$	Lettre de déclaration des avantages (401K, IRA, etc.) indiquant le montant brut octroyé.
Assistance générale	\$	Lettre des avantages de l'assistance générale pour le mois en cours.
Aucun revenu pour les 3 derniers mois	\$	Déclaration expliquant l'aide que vous recevez, signée par la personne qui fournit l'aide. Si vous vivez des économies, vous devrez également fournir le dernier relevé bancaire mensuel.
Pension alimentaire pour ex-conjoint/pension alimentaire pour enfants	\$	La copie de la décision du tribunal OU les chèques/reçus encaissés sur 4 semaines.
Dividendes/Intérêts	\$	Déclarations trimestrielles de dividendes OU dernier relevé bancaire mensuel.
Autre	\$	Gains de loterie, rémunération non salariée, liquidités de petits boulots, etc. pour les 4 dernières semaines.

Veuillez tourner au verso du formulaire.

MaineHealth dispose de ressources pour vous aider :

Les résidents du **Maine** et du **New Hampshire** peuvent être invités à solliciter l'équipe d'assistance aux patients de MainHealth pour vérifier leur éligibilité à MaineCare/NH Medicaid ou d'autres programmes d'État et fédéraux. Vous pouvez nous contacter directement pour de plus amples informations au 1-833-644-3571.

Les résidents du **Maine** peuvent également postuler pour MaineCare en appelant le **1-800-442-6003** ou en consultant <https://www.maine.gov/benefits/accounts/login.html>

Les résidents du **New Hampshire** peuvent également postuler pour NH Medicaid en appelant le **1-603-447-3841** ou en consultant <https://nheasy.nh.gov>

***SI VOUS FAITES UNE DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE UNIQUEMENT, IL N'EST PAS NÉCESSAIRE D'ENTRER LES DÉPENSES**

Plan de paiement échelonné seulement		Paiement mensuel demandé : _____			
<i>Pour justifier un plan de paiement échelonné, veuillez inclure les informations suivantes relatives aux dépenses du ménage</i>					
Veuillez énumérer toutes les dépenses mensuelles qui s'appliquent au ménage du demandeur :					
Dépense :	Paiement mensuel :	Dépense :	Paiement mensuel :	Dépense :	Paiement mensuel :
Logement (hypothèse/loyer)	\$	Gaz/Pétrole (chauffage)	\$	Cartes de crédit	\$
Impôts fonciers	\$	Prêt personnel/maison	\$	Factures médicales	\$
Assurance propriétaire/locataire	\$	Garde d'enfants	\$	Dépenses supplémentaires :	
Charges :		401K/403B (ne pas ajouter si déduits de la fiche de paie)	\$		\$
Téléphone fixe/portable	\$	Prêt automobile	\$		\$
Électricité	\$	Assurance automobile	\$		\$
Eau/Égout	\$	Essence pour véhicule	\$		\$
Câble/satellite	\$	Courses/Articles ménagers	\$		\$
Internet	\$	Dépenses pour les animaux de compagnie	\$		\$

Vous pouvez envoyer votre formulaire de demande et les documents dûment remplis à :

Envoyez par la poste à : MaineHealth - PFS Attn: Financial Counseling 22 Bramhall Street Portland, ME 04102	Envoyez par télécopieur au : 207-661-8043	Appliquez et téléchargez les documents sur MyChart : mychart.mainehealth.org
---	---	---

Veuillez ne pas oublier d'inclure une copie de vos documents de preuve de revenu.

J'affirme que les informations données, y compris le revenu, sont vraies et correctes au mieux de ma connaissance. Je comprends que les informations que je soumets concernant mon revenu annuel et la taille de ma famille sont sujettes à vérification par MaineHealth. Je comprends également que si l'une des informations que je soumets est jugée comme fausse, ce jugement entraînera le refus de la prestation de services tels comme la gratuité des soins, et que je serai responsable des frais pour les services fournis.

Signature du postulant _____

Date

Signature du co-postulant _____

Date

Pour toute question concernant cette demande, veuillez contacter notre service clientèle sans frais au 866-804-2499.