

**Demande de soins abordables HRCHC 2024 Nom du centre de santé/dentaire :** \_\_\_\_\_

La présente est une demande d'inscription au programme de taux dégressifs de HealthReach Community Health Centers. Ce programme offre une réduction sur les services fournis dans nos centres de santé/dentaires. Il ne s'agit pas d'un programme d'assurance.

A) Vos coordonnées : (Demandeur)

**Nom :**

**Adresse postale :**

**Téléphone :**

B) Indiquez votre nom et celui des membres de votre famille ou de votre ménage - voir les FAQ pour la définition du ménage.

Nom	Date de naissance	Lien	Revenu	Demande de participation au programme
1.			O N	O N
2.			O N	O N
3.			O N	O N
4.			O N	O N
5.			O N	O N
6.			O N	O N

**Preuve de revenus**

1) **Êtes-vous employé(e)?** Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ (si oui, envoyez l'un des documents ci-dessous)

- Les deux premières pages de votre dernière déclaration fédérale d'impôt sur le revenu - Revenu brut ajusté
- Formulaire W-2 - Revenu brut
- 2 bulletins de salaire consécutifs récents \*Indiquer si le salaire est hebdomadaire, bi-hebdomadaire, etc

**Remarque importante :** Si vous êtes un travailleur saisonnier, veuillez indiquer le nombre moyen de semaines travaillées.

2) **Êtes-vous un travailleur indépendant?** Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ (si oui, envoyez l'un des documents ci-dessous)

- Les 2 premières pages du formulaire 1040 de votre dernière déclaration d'impôt fédéral sur le revenu
- Ou le compte de résultat des trois derniers mois. Appelez au 660-9922 pour demander une feuille P&L si nécessaire.

3) **Recevez-vous des prestations de chômage?** Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ (si oui, envoyez le formulaire ci-dessous)

- Avis du ministère du travail indiquant le montant maximal des prestations, la première lettre que vous avez reçue.

4) **Recevez-vous d'autres revenus?** Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ (envoyez tous les éléments énumérés ci-dessous qui s'appliquent)

- Sécurité sociale : Avis de sécurité sociale récent ou copie d'un relevé bancaire indiquant le dépôt direct.
- Retraites : Copie des chèques récents
- Pension alimentaire : Copie d'un document légal ou d'un chèque récent à payer.
- Avis de prestation d'invalidité
- Avis d'indemnisation des travailleurs
- Avis de revenu de l'allocation de veuvage
- Autres revenus provenant de sources diverses (par exemple : revenus locatifs, TANF, intérêts, dividendes)

5) Si vous ne recevez **AUCUNE** aide financière et n'avez **AUCUN** revenu, veuillez fournir une lettre signée du membre de la famille ou de l'ami qui vous soutient. Si vous n'avez personne pour vous aider, veuillez fournir une explication écrite de la manière dont vous payez vos frais de subsistance.

6) Toute demande de dérogation à ces lignes directrices doit être formulée par écrit et soumise à l'approbation du Gestionnaire du cycle des revenus (Revenue Cycle Manager) et/ou du directeur des finances

Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour déposer une demande de soins dans le cadre du programme de santé et du col de l'utérus de MaineCare (MainCare Breast and Cervical Health Program), aux soins gratuits dans les hôpitaux ou auprès du Health Insurance Marketplace, encerclez **OUI**

**SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION :** Je certifie que tous les renseignements sont vrais et exacts et que tous les revenus sont déclarés. Je comprends que ces renseignements sont fournis en vue de la réception de fonds fédéraux; que les responsables de l'institution peuvent vérifier les renseignements figurant sur la déclaration et que la fausse déclaration délibérée de ces renseignements peut m'exposer à des poursuites en vertu des lois fédérales et de l'État applicables.

X \_\_\_\_\_  
Signature du demandeur (ou de son représentant) Date

## FAQ sur le programme de soins abordables de HealthReach Community Health Centers

### 1. Dans quel délai une décision sera-t-elle prise?

- La demande sera traitée dans un délai de 5 jours ouvrables.
- La date d'entrée en vigueur est fixée au 1er jour du mois au cours duquel la demande est approuvée.
- Tant qu'il n'y a pas de changement dans vos revenus ou dans la taille de votre famille, le niveau de réduction est valable pendant 12 mois.
- Vous serez informé par courrier de la date à laquelle vous devez renouveler votre demande.

### 2. Quelle est la responsabilité des demandeurs?

- Il vous incombe de nous informer immédiatement par écrit de toute modification de vos revenus ou de la taille de votre famille.
- Il est de votre responsabilité de nous informer dans les meilleurs délais de tout changement d'adresse.

### 3. Que couvre le programme de soins abordables de HealthReach (HealthReach Affordable Care Program)?

- Visites à n'importe quel centre de santé ou centre dentaire HealthReach
- Fournitures utilisées lors des visites au centre de santé
- Les tests de laboratoire effectués et les échantillons de laboratoire sont prélevés au centre de santé - vous recevrez une facture séparée pour tout test de laboratoire envoyé pour être traité (NorDx Lab)

### 4. Qu'est-ce qu'un ménage?

Le ménage désigne toutes les personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui résident ensemble, les personnes à charge et les autres personnes faisant partie du même foyer fiscal. Les personnes âgées de 19 ans ou plus qui ne sont pas à charge et qui vivent à la même adresse sont considérées comme des ménages distincts. Le ménage est composé des personnes suivantes :

- Le demandeur
- Le(la) conjoint(a)
- Le partenaire domestique lorsque le demandeur fournit plus de 50 % du soutien financier (frais de subsistance nécessaires) du partenaire domestique.
  - Les partenariats domestiques sont définis comme deux personnes non mariées, âgées de 19 ans ou plus et résidant ensemble.
- Toute personne âgée de moins de 19 ans qui vit avec le demandeur et est à sa charge.
- Toute personne déclarée à charge sur la déclaration fiscale fédérale du demandeur.
- Toute personne qui déclare le demandeur sur une déclaration de revenus fédérale ou qui est à sa charge sur le plan fiscal. Si le demandeur est déclaré comme personne à charge sur une déclaration fiscale fédérale, la ou les personnes qui ont déclaré le demandeur sont considérées comme faisant partie du ménage et la vérification des revenus est requise.

**Apportez ce formulaire signé et accompagné d'un justificatif de revenus à votre centre médical ou dentaire.**

**Ou envoyez-le par courriel à l'adresse suivante :** [PatientAccounts@Healthreach.org](mailto:PatientAccounts@Healthreach.org) (remarque : il s'agit d'un compte de messagerie non sécurisé)

**Ou via le portail des patients** (sécurisé), cliquez sur « J'ai une question sur la facturation de HealthReach » (I have a HealthReach billing question) et joignez vos documents en indiquant « demande de taux dégressif » (sliding fee application) dans l'objet du message.

**Ou envoyez-le par courrier à l'adresse suivante :**

HealthReach Community Health Centers  
Attn: Patient Billing  
PO Box 727

Téléphone : (207) 660-9922 option 1  
Sans frais : 1 (800) 299-2460

**Vos frais seront réduits si :**

La taille de votre famille est de	et le revenu de votre famille est inférieur à :
1	30 121 \$
2	40 881 \$
3	51 641 \$
4	62 401 \$
5	73 161 \$
6	83 921 \$
7	94 681 \$
8	105 441 \$