

Programmes d'assistance financière de Carle Health
(Carle Health Financial Assistance Programs)

Les programmes d'assistance financière offrent des soins Important: Vous pourriez avoir droit à des soins gratuits ou à prix réduit : Veuillez soumettre cette demande à n'importe quel établissement de Carle Health. En remplissant cette demande, Carle Health pourra déterminer si vous pouvez bénéficier de soins gratuits ou à tarif réduit (Carle Health Financial Assistance Program, Carle Health Regional Financial Assistance Program, or Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Program) ou si vous êtes éligible à d'autres programmes d'aide sociale qui peuvent vous aider à payer vos soins de santé.

1. L'éligibilité est basée sur le revenu brut ajusté du ménage figurant sur la déclaration fiscale de l'année antérieure et sur la composition de la famille. Si vous êtes déclaré(e) comme personne à charge dans la déclaration fiscale de quelqu'un d'autre, vous devez également transmettre sa déclaration fiscale.
2. Nous approuverons et appliquerons les réductions seulement après réception des paiements tiers.
3. Avant de vous faire bénéficier de soins à prix réduit, nous pouvons vous demander de faire une demande d'aide sociale.** Le service de gestion des dossiers de Carle Health sera heureux de vous aider à remplir

- les formulaires de demande. Pour en savoir plus sur la manière de demander une aide fédérale, consultez hfs.illinois.gov/medicalclients/medicaidguide/applying.
4. Les réductions seront valables un an à compter de la date d'approbation. Pour continuer à bénéficier d'une aide financière, il est nécessaire de présenter une nouvelle demande chaque année.
 5. Ces programmes sont ouverts aux nouveaux(nouvelles) patient(e)s et actuel(le)s qui remplissent certaines conditions de résidence.
 6. Les patient(e)s non-assuré(e)s qui remplissent certaines conditions peuvent bénéficier d'une réduction pour non-assuré(e)s ; vos dépenses hospitalières seront alors plafonnées à 20 % de votre revenu annuel brut.
 7. Le personnel de Carle Health staff examinera votre demande et si elle est approuvée, vous orientera vers le programme qui vous convient le mieux.
 8. Carle Health se réserve le droit d'exiger des patient(e)s qu'ils(elles) fournissent des informations supplémentaires afin de vérifier les revenus et/ou les actifs.

**Cette disposition ne s'applique pas aux patients qui consultent dans les établissements de santé ruraux désignés.

Veuillez remplir et déposer cette demande d'assistance dans un établissement Carle Health, ou l'envoyer par courrier, par courrier électronique ou par fax dans les 90 jours suivant la date de décharge ou de réception des soins.

Dans cette demande, vous devez déclarer le revenu annuel brut de votre ménage, sa composition et le lieu de résidence. Vous devez coopérer durant l'ensemble de la procédure de demande. Carle Health ne tentera pas de recouvrir les factures pour lesquelles vous demandez une assistance durant la période d'examen de votre demande.

Pour de plus amples informations ou pour envoyer votre demande, veuillez utiliser les diverses coordonnées ci-dessous :

Carle Health Financial Assistance Program
P.O. Box 4024, Champaign, IL 61824-4024
Téléphone : (888) 712-2753 **Fax :** (217) 902-7720
Courrier électronique : FinancialAssistance@carle.com
Site web : carle.org/FinancialAssistance

La demande pour le programme d'aide financière de Carle Health (Carle Financial Assistance Program), son résumé en langage clair, le contenu web et les politiques sont disponibles en espagnol.

La solicitud del Programa de asistencia Financiera de Carle Health, resumen en términos sencillos, contenido web y políticas están disponibles en español.

Les réclamations ou les inquiétudes relatives au processus de demande d'aide financière pour les patient(e)s non-assuré(e)s peuvent être signalées au Bureau de soins de santé du Procureur général de l'Illinois (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General), hotline gratuite au (877) 305-5145 (TTY (800) 964-3013).

La Fondation Carle se conforme aux lois fédérales en vigueur concernant les droits civils et ne fait aucune distinction fondée sur la race, la couleur, la nationalité, l'âge, le handicap ou le sexe.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-217-383-2543.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-217-326-0340.

Programmes d'aide financière de Carle Health (CFAP) pour 2026.		Date d'entrée en vigueur: 15 janvier 2026.		
Composition de la famille	200 %	300 %	400 %	600 %
1	\$31,920	\$47,880	\$63,840	\$95,760
2	\$43,280	\$64,920	\$86,560	\$129,840
3	\$54,640	\$81,960	\$109,280	\$163,920
4	\$66,000	\$99,000	\$132,000	\$198,000
5	\$77,360	\$116,040	\$154,720	\$232,080
6	\$88,720	\$133,080	\$177,440	\$266,160
7	\$100,080	\$150,120	\$200,160	\$300,240
8	\$111,440	\$167,160	\$222,880	\$334,320
Aide additionnelle par personne supplémentaire	\$11,360	\$17,040	\$22,720	\$34,080
Éligibilité au programme	100 % du CFAP	50 % du CFAP et maximum du programme de réduction pour les non assurés de l'hôpital de l'IL	40 % du CAP du revenu	Maximum du programme de réduction pour les non assurés de l'hôpital de l'IL



carle.org

HMKT031026

Programmes d'assistance financière



