

Demande d'Aide Financière Uniforme pour les Soins Hospitaliers de l'État de New York

Vous pourriez être éligible à une aide financière pour les soins hospitaliers afin de payer vos factures si vous n'êtes pas assuré, si votre assurance est épuisée ou si vous avez une assurance maladie mais que vous avez une preuve de frais médicaux payés totalisant plus de 10 % de vos revenus. En remplissant ce formulaire, vous entamez votre demande d'aide financière pour les soins hospitaliers. Ce formulaire est utilisé par tous les hôpitaux de l'État de New York.

Cette demande doit être imprimée dans les langues principales¹ parlées par les patients desservis par l'hôpital.

Nom du patient (compléter les informations qui s'appliquent)

Nom du Patient (Prénom, Deuxième Prénom, Nom de Famille)		
Date de Naissance (mm/jj/aaaa)		
Adresse	Numéro d'Appartement	
Ville	État	Code Postal
Numéro de Téléphone		
Nom du Parent/Tuteur ou du Représentant Légal (si le patient est un enfant mineur ou un adulte en incapacité)		
Adresse Électronique (si disponible)		

Informations sur la famille :

Veillez énumérer ci-dessous tous les membres de votre ménage. Votre ménage comprend vous-même, votre conjoint ou partenaire domestique, et tous les enfants ou autres personnes à charge. Par exemple, cela inclurait toutes les personnes figurant sur la même déclaration de revenus.

Le revenu brut correspond à votre revenu **avant** déduction des impôts.

Le revenu brut peut comprendre les revenus de travail (salaires, traitements, pourboires, revenus de travail indépendant), de revenus non gagnés (prestations de sécurité sociale, d'invalidité et de chômage), de contributions (fonds provenant de la famille ou d'amis) et d'autres sources de revenus (aide temporaire et revenu de sécurité supplémentaire).

Nom et Prénom	Lien de Parenté	Revenu Brut Total (Actuel)
	Moi-même	

¹Les « langues principales » comprennent toute langue utilisée pour communiquer dans au moins 5 % des visites de patients par an, ou toute langue parlée par plus de 1 % de la population de la zone de service hospitalier principale, calculée à l'aide des informations démographiques disponibles auprès du Bureau du Recensement des États-Unis, complétées par des données provenant des systèmes scolaires.

L'hôpital pourrait vous demander de fournir des documents justifiant vos revenus. Ces documents peuvent être, par exemple, un bulletin de paie, une lettre de votre employeur, le cas échéant, ou le formulaire 1040.

Statut d'Assurance Maladie

Avez-vous une forme quelconque d'assurance maladie, y compris Medicaid, Medicare ou une assurance privée souscrite auprès de votre employeur ou acquise par vos propres moyens ?

Oui Non

Si vous avez répondu « Non », souhaiteriez-vous de l'aide pour demander à bénéficier de l'un de ces programmes ?

Oui Non

Patients sous-assurés : personnes ayant une assurance mais des frais médicaux élevés. Si vous êtes assuré, veuillez fournir une estimation des factures médicales que vous avez payées au cours des 12 derniers mois.

\$

L'hôpital peut vous demander de fournir des documents prouvant que vous avez payé des frais médicaux.

Patient/Partie Responsable : s'il ne s'agit pas du patient, indiquez le nom de la personne qui signe le formulaire et son autorité à signer au nom du patient (par exemple, conjoint, parent, représentant légal).

Je comprends que les informations que je fournis peuvent faire l'objet d'une vérification par des sources externes. Je certifie que les informations sont, à ma connaissance, exactes et complètes.

Nom en caractères d'imprimerie	Date
Lien avec le Patient	
Signature	

Conditions Minimales d'Éligibilité et Lignes Directrices

Calendrier des Demandes, Droits des Patients et Confidentialité

- Vous pouvez faire une demande d'aide financière à n'importe quel moment de la procédure de recouvrement.
- Vous n'avez pas à effectuer de paiement à cet hôpital tant que vous n'avez pas reçu de décision concernant votre demande d'aide financière. Les hôpitaux ne peuvent pas envoyer les comptes au recouvrement tant que votre demande est en attente.
- Si l'aide financière vous est refusée, vous avez le droit de faire appel. Les informations sur la procédure à suivre seront incluses dans l'avis que vous recevrez de l'hôpital. Vous pouvez avoir le droit de faire appel du montant de votre aide financière. L'hôpital inclura des informations sur la manière de faire appel dans sa lettre de décision.
- Les hôpitaux ne peuvent pas envoyer les factures impayées à une agence de recouvrement pendant au moins 180 jours après votre première facture.
- Il est interdit aux hôpitaux d'intenter des actions en justice, y compris des poursuites judiciaires, pour recouvrer les factures médicales impayées des patients dont le revenu est inférieur à 400 % du seuil de pauvreté fédéral (NPF). Les lignes directrices en matière de pauvreté peuvent être consultées ici: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Toute information fournie dans cette demande sera uniquement utilisée par l'hôpital pour déterminer votre éligibilité à l'aide financière et restera confidentielle dans la mesure permise par la loi.
- Un hôpital ne peut pas vous refuser des services médicalement nécessaires parce que vous avez une facture médicale impayée.
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande, veuillez contacter le département des services financiers aux patients de l'hôpital Helen Hayes au 845-786-4786.
- Si vous avez besoin d'aide supplémentaire pour remplir cette demande ou pour faire appel d'une décision, vous pouvez contacter Community Health Advocates (Défenseurs de la Santé Communautaire en français) : 888 614-5400.

Éligibilité

Rien ne limite la capacité d'un hôpital à établir l'éligibilité à des réductions de paiement pour les patients dont le niveau de revenu est supérieur à ceux spécifiés ci-dessous ou d'offrir aux patients éligibles des réductions de paiement plus importantes que celles exigées par la loi sur la santé publique. En outre, le statut d'immigration n'est pas un critère d'éligibilité pour déterminer l'aide financière.

Les personnes suivantes sont éligibles :

- Les personnes à faible revenu sans assurance maladie ; ou
- les personnes sous-assurées (les frais médicaux accumulés au cours des douze derniers mois représentent plus de 10 % du revenu annuel brut de la personne) ; ou
- les personnes qui ont épuisé leurs prestations d'assurance maladie et qui peuvent prouver qu'elles ne sont pas en mesure de payer l'intégralité des frais ; ou
- à la discrétion de l'hôpital, les personnes qui peuvent démontrer leur incapacité à payer leur co-paiement et/ou leur franchise peuvent demander une réduction ou une remise sur le paiement.

Les personnes dont le revenu ne dépasse pas 400 % du seuil de pauvreté fédéral peuvent bénéficier d'une aide financière.

Seuil de Pauvreté Fédéral (2024)			
Taille du Ménage	200%	300%	400%
1 Personne	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 Personnes	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 Personnes	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 Personnes	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 Personnes	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 Personnes	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 Personnes	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Mise à jour annuelle : <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Taux de Réduction Minimum

Si vous êtes admissible à une aide financière, vos charges seront réduites en fonction de vos revenus selon une échelle mobile comme suit :

Niveau de Revenu	Paiement
Inférieur à 200% FPL	Exemption de tous les frais
FPL entre 200% - 300%	<p>Patients non assurés : échelle mobile allant jusqu'à 10 % du montant qui aurait été payé pour le(s) service(s) par Medicaid.</p> <p>Patients sous-assurés : jusqu'à un maximum de 10 % de ce montant aurait été payé en vertu du partage des coûts d'assurance de ce patient.</p>
FPL entre 301% - 400%	<p>Patients non assurés : échelle mobile allant jusqu'à 20 % du montant qui aurait été payé pour le(s) service(s) par Medicaid.</p> <p>Patients sous-assurés : jusqu'à un maximum de 20 % du montant qui aurait été payé en vertu du partage des frais d'assurance de ce patient.</p>

Les hôpitaux peuvent choisir d'accorder des réductions plus importantes aux patients éligibles et/ou d'offrir des réductions de paiement aux patients ayant des niveaux de revenus plus élevés.

Plans de Versement

Des plans de versement sont disponibles pour les patients qui ne sont pas en mesure de payer le tarif réduit en une seule fois. Les mensualités ne peuvent dépasser 5% de votre revenu mensuel brut et le taux d'intérêt facturé au patient sur le solde impayé, le cas échéant, ne doit pas dépasser 2%.

Demande de Preuve du Revenu du Ménage

Veillez inclure les informations sur le revenu du patient, de son conjoint et de toute personne à charge (comme les enfants). Par exemple, cela inclurait toutes les personnes figurant sur la même déclaration de revenus (déclarant, conjoint et personnes à charge) dans le calcul du revenu du ménage.

Vous trouverez ci-dessous une liste de documents que vous pouvez utiliser pour prouver votre revenu. Vous n'êtes pas obligé de fournir tous ces documents. Vous pouvez également fournir une déclaration d'absence de revenus du ménage si vous n'avez aucun revenu.

Vous pouvez également fournir la page de détermination d'éligibilité du Marché de la Santé de l'État de New York. Si vous disposez de ce document, vous n'êtes pas tenu de fournir à l'hôpital les autres informations sur vos revenus énumérées ci-dessous.

<u>Si le Ménage Reçoit :</u>	<u>Montant par Mois :</u>	<u>Le Demandeur peut Fournir :</u>
Salaires	\$	Veillez fournir un bulletin de paie ou une lettre de l'employeur sur papier à en-tête de l'entreprise, signée et datée, ou la déclaration de revenus la plus récente.
Paiement de la Sécurité Sociale	\$	Copie de la lettre/du certificat d'attribution ou de la correspondance de l'Administration de la Sécurité Sociale des États-Unis ou lettre de prestations annuelle. Pour demander une copie de votre lettre de prestations de Sécurité Sociale, appelez le 1-800-772-1213 ou visitez www.ssa.gov .
Allocation Chômage	\$	Copie de la lettre/du certificat d'attribution ou du relevé de prestations mensuel du Département du Travail de l'État de New York, ou copie de la carte de paiement direct avec impression, ou de la correspondance du Département du Travail de l'État de New York, ou impression des informations relatives au compte du bénéficiaire à partir du site web du Département du Travail de l'État de New York (www.labor.state.ny.us).
Pension d'Invalidité	\$	Copie de la lettre/du certificat d'attribution, ou correspondance de l'Administration de la Sécurité Sociale, ou copie de la lettre de prestations annuelle. Pour demander une copie de votre lettre de prestations, appelez le 1-800-772-1213 ou visitez le site www.ssa.gov .
Indemnisation des Accidents du Travail	\$	Copie de la lettre d'attribution ou du bulletin de paie.
Pension Alimentaire	\$	Copie de l'ordonnance du tribunal, ou 3 mois de chèques encaissés/reçus.
Dividendes/Intérêts	\$	Relevés trimestriels de dividendes ou relevés mensuels.
Autre	\$	Lettre indiquant le montant des gains non salariaux (le cas échéant), tels que les revenus de location, les espèces pour les petits travaux, etc.
Aucun Revenu	\$0	Déclaration signée d'absence de revenu.



Department
of Health

HELEN HAYES
HOSPITAL

51-55 North Route 9W, West Haverstraw, NY 10993

Déclaration de Soins de Charité/d'Aide Financière

Je (Patient/Garant) _____, certifie que les informations contenues dans la présente demande sont, à ma connaissance, véridiques et correctes. Si l'une des informations fournies dans la présente demande se révèle fausse, je comprends que l'hôpital peut réévaluer ma situation financière et prendre les mesures qui s'imposent pour rectifier le statut de détermination.

Je demanderai toute aide disponible (Medicaid, Medicare, Child Health Plus, Family Health Plus, etc.) pour le paiement de mes frais d'hospitalisation et je prendrai toutes les mesures raisonnables nécessaires pour obtenir cette aide.

Je comprends en outre que la présente demande est valable pour une période d'un an, du _____ au _____.
Toutefois, si des changements surviennent dans la composition de mon ménage ou dans mes informations financières au cours de cette période, je le signalerai au Département des Services Financiers aux Patients.

J'autorise l'hôpital Helen Hayes à divulguer ces informations à toute agence Fédérale ou de l'État chargée de déterminer la conformité du programme.

Signature du Patient/Garant : _____

Date : _____