

Résumé de la politique d'aide financière Summary of Financial Assistance Policy

Yale New Haven Health comprend que le règlement des factures médicales peut s'avérer difficile pour certains patients qui n'en ont guère les moyens. C'est pourquoi nous disposons de divers programmes d'aide financière visant à les aider. Les patients sont tenus de remplir une demande d'aide financière et de fournir les documents demandés afin de vérifier leur besoin à cet égard.

Pour en savoir plus sur l'obtention d'un exemplaire gratuit de notre politique d'aide financière et d'un formulaire de demande, ou pour vous aider à remplir une demande, contactez les services Patient Financial and Admitting Services par téléphone en composant le 855-547-4584, rendez-vous sur le site Internet www.ynhhs.org/financialassistance ou passez à nos bureaux d'admission ci-dessous : **Bridgeport Hospital** 267 Grant Street, Bridgeport, CT; **Greenwich Hospital**, 5 Perryridge Road, Greenwich, CT; **Lawrence + Memorial Hospital** 365 Montauk Avenue, New London, CT; **Westerly Hospital** 25 Wells Street, Westerly, RI ou **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.

Soins gratuits (Free Care)

Vous pouvez avoir droit à des soins gratuits, si :

- Le revenu de votre foyer est inférieur ou égal à deux fois et demie le seuil de pauvreté fédéral (les montants de revenu maximum figurent au tableau ci-dessous),
- Vous demandez l'aide d'état (Medicaid) et recevez une décision écrite valide délivrée par l'état au cours des six derniers mois et si
- vous remplissez une demande d'aide financière.

Soins à tarifs réduits. (Discounted Care)

Vous pouvez avoir droit à des soins à tarif réduit, si :

- Le revenu de votre foyer est inférieur ou égal à cinq fois et demie le seuil de pauvreté fédéral (les montants de revenu maximum figurent au tableau ci-dessous),
- Vous n'êtes pas assuré et si
- Vous remplissez une demande d'aide financière.

Revenus maximum

Composition du foyer	Soins gratuits	Soins à tarifs réduits
1	\$31 225	\$68 395
2	\$44 275	\$93 005
3	\$53 325	\$117 315
4	\$64 375	\$141 625

*Soins gratuits : Ajoutez **11 050 USD** par membre du foyer supplémentaire

*Soins à tarif réduit : Ajoutez **24 310 USD** par membre du foyer supplémentaire

Fonds affectés à un lit (Restricted Bed Funds)

Vous pouvez avoir le droit de percevoir des fonds affectés à un lit qui ont été reçus par voie de don pour dispenser des soins gratuits ou à tarif réduit aux personnes qui répondent à des critères particuliers de fonds afin de réduire ou d'éliminer votre facture si vous présentez un besoin d'aide financière manifeste selon la détermination d'une personne chargée de désigner les bénéficiaires des fonds, et vous devez satisfaire à tous les critères d'admissibilité pour percevoir ces fonds (chaque fonds détenant des critères uniques). La perception des fonds affectés à un lit n'est soumise à aucun plafond de revenu. L'admissibilité est déterminée, au cas par cas, par les personnes chargées de désigner les bénéficiaires des fonds en se fondant sur leurs difficultés financières. Tous les patients qui remplissent une demande d'aide financière auprès de YNHSS sont automatiquement considérés pour les fonds affectés à un lit.

Programme « mon bébé et moi » du New Haven Hospital (New Haven Hospital "Me & My Baby" Program)

Ce programme est proposé aux patientes du Yale New Haven Hospital. Il prévoit des soins prénataux, pendant le travail et l'accouchement et de certains soins post-partum gratuits aux patientes qui remplissent les conditions requises. Vous pouvez y avoir droit si vous résidez dans le comté de New Haven, si vous ne disposez d'aucun type d'assurance-maladie, si le revenu de votre foyer est inférieur ou égal à deux fois et demie le seuil fédéral de pauvreté (consultez le tableau de revenus maximum) ; si vous avez fait une demande d'assistance d'état (Medicaid) et avez reçu une décision écrite valide. Pour de plus amples informations ou pour demander un formulaire du Programme « mon bébé et moi » du Yale New Haven Hospital, consultez nos représentants au Women's Center ou appelez le **203-688-5470**.

Programme de consultation externe du Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

Le [service de consultation externe du Greenwich Hospital] Greenwich Hospital Outpatient Clinic fournit des soins gratuits ou à tarif réduit aux personnes dont la demande d'adhésion au programme clinique est approuvée. Si vous n'avez aucune assurance et si vous ne remplissez pas les conditions requises de l'aide d'état (Medicaid), vous pouvez en bénéficier à condition de résider à Greenwich et si le revenu de votre foyer est inférieur ou égal à quatre fois le seuil de pauvreté fédéral. Pour de plus amples informations, un formulaire de demande ou de l'aide, veuillez appeler le **203-863-3334**.

Remarque à propos des programmes

Vous devez être citoyen ou résident américain pour être admissible à une aide financière. Ces programmes englobent les soins d'urgence et les autres actes médicalement nécessaires. Ils NE couvrent QUE les factures d'hôpital de Yale New Haven Health. Un lien vers la liste des prestataires qui assurent ces soins, indiquant s'ils se conforment ou non au FAP, se trouve dans le FAP. Les sommes facturées aux patients admissibles à une aide financière ne pourront pas être supérieures à celles généralement imputées aux patients assurés pour les soins

d'urgence et autres actes médicalement nécessaires. Yale New Haven Health répond à chaque demande par écrit. Si votre demande est rejetée, vous pouvez à tout moment en solliciter une nouvelle. D'autres fonds à un lit gratuit sont affectés chaque année. Des traductions de notre politique d'aide financière, du résumé de la politique d'aide financière et du formulaire de demande sont mises à la disposition de certains groupes présentant une maîtrise réduite de l'anglais.

Veillez appeler le 1-855-547-4584 pour obtenir de l'aide.

Remarque à propos du programme de soins gratuits

Afin que votre accès au programme de soins gratuits puisse être envisagé, vous DEVEZ avoir demandé l'aide médicale (Medicaid) dans votre État de résidence et avoir reçu une décision écrite valide à votre demande au cours des six derniers mois.

Veillez présenter cette décision avec votre demande. Si vous sollicitez une demande de soins à tarif réduit, vous ne devez pas bénéficier actuellement d'une assurance maladie d'aucun type. Les demandes de soins à tarif réduit ne nécessitent pas de joindre une lettre de décision de l'état.

Modalités de demande d'une aide financière (How do I apply for financial assistance?)

Pour faciliter la procédure de demande des patients, Yale New Haven Health utilise un formulaire de demande unique pour la plupart des programmes d'aide financière. Si vous êtes un patient du Yale New Haven Hospital et si vous souhaitez déposer une demande pour le programme « Mon bébé et moi », veuillez contacter les représentants du Women's Center au 203-688-5470. Si vous êtes un patient du Greenwich Hospital et si vous souhaitez déposer une demande de consultation externe, veuillez appeler le 203-863-3334.

Remarque : vous devez disposer de factures exigibles ou avoir un rendez-vous programmé pour être admissible à nos programmes d'aide financière.

Programme de soins gratuits : Suivez les étapes 1, 2, 3 et 4.

Programme de soins à tarifs réduits : Suivez les étapes 2, 3 et 4.

Étape 1 : Demande d'aide médicale d'état.

Pour être admissible au programme de soins gratuits, vous DEVEZ demander l'aide médicale (Medicaid) dans votre État de résidence et recevoir une décision écrite valable à votre demande. Un refus n'est pas « valide » s'il a été délivré en raison d'un défaut d'information ou de coopération de votre part.

Vous pouvez faire une demande auprès de Medicaid au bureau de votre Department of Social Services (DSS) local. Les résidents du Connecticut doivent appeler le 1-800-842-1508 pour trouver le DSS le plus proche de chez eux ou faire une demande en ligne sur www.accesshealthct.com. Des membres du personnel de l'hôpital peuvent également vous aider à remplir les demandes. Si vous avez besoin d'aide, appelez-nous au 1-855-547-4584.

Après avoir reçu une décision écrite délivrée par le DSS, vous pouvez formuler votre demande de soins gratuits. Nous n'acceptons pas les lettres de décision datant de plus de six mois.

Étape 2 : Remplir la demande.

Veuillez répondre à TOUTES les questions, puis signer et dater la demande. Si une question ne s'applique pas à votre foyer, veuillez inscrire la mention « S/o » (sans objet) dans l'espace prévu à cet effet.

Étape 3 : Joindre un justificatif de revenu : à votre demande. Un justificatif de revenu est un document qui indique le revenu gagné par votre foyer au moment où vous remplissez la demande. Reportez-vous au tableau pour les types de documents pouvant être utilisés.

Étape 4 : Poster la demande.

Incluez : 1) la lettre de décision délivrée par le DSS au sujet de votre admissibilité à l'aide d'état, 2) la demande remplie, signée, datée et
3) un justificatif de revenu, et postez-les à :

Yale New Haven Health
SBO, Attn : Financial Assistance
PO BOX 1403
New Haven, CT 06505

Les documents suivants peuvent servir de justificatif de revenu :

Si les revenus de votre foyer proviennent de...	Vous pouvez joindre des copies de ces documents en tant que justificatif de revenu : (ces documents ne doivent pas dater de plus de six mois, à l'exception de votre dernière déclaration fédérale de revenus qui peut être plus ancienne.)
Salaires (si vous êtes salarié ou si vous êtes payé à l'heure pour un emploi)	<ul style="list-style-type: none"> – les deux bulletins de paye les plus récents OU – une lettre de votre employeur sur papier à en-tête de votre société indiquant le nombre d'heures travaillées et le montant de votre rémunération horaire (avant impôts)
Revenu d'un travail indépendant (si vous travaillez pour vous-même)	<ul style="list-style-type: none"> – votre dernière déclaration fédérale de revenu (sur laquelle votre signature doit être apposée)
Avantages (minimum vieillesse, allocation d'ancien combattant, indemnité pour accident du travail, indemnité de chômage, pension, caisse de retraite, allocation supplémentaire de revenu de sécurité, pension alimentaire)	<ul style="list-style-type: none"> – le dernier courrier d'octroi des avantages OU – un état récapitulatif des avantages OU – des talons de chèques
Revenus locatifs	<ul style="list-style-type: none"> – une copie de bail ou de contrat écrit indiquant le montant du loyer OU – un courrier rédigé de votre main, faisant part du montant du loyer que vous percevez annuellement
Intérêts, dividendes ou versements de rentes	<ul style="list-style-type: none"> – votre dernière déclaration fédérale de revenu OU – un relevé de votre établissement financier indiquant le montant, la fréquence des paiements et la somme versée depuis le début de l'année
Si vous n'avez aucun revenu	<ul style="list-style-type: none"> – une lettre de la personne qui vous prend en charge OU – envoyez un courrier signé et daté expliquant votre situation financière actuelle si vous n'êtes à la charge de personne

Demande de programmes d'aide financière

Yale New Haven Health utilise un formulaire de demande unique pour la plupart des programmes d'aide financière. En remplissant ce formulaire de demande, Vous serez pris en considération dans le cadre de nos programmes de soins gratuits, à tarif réduit et de fonds affectés à un lit. Pour des explications sur les modalités de demande d'aide financière, veuillez consulter la page 2. Pour des questions sur cette demande, veuillez appeler le 1-855-547-4584.

1. Informations sur le patient :

Nom de famille		Prénom	
Adresse postale			Date de naissance
Ville	État	Code postal	Numéro de Téléphone
Si vous êtes enceinte, quelle est la date présumée de votre accouchement ? _____			
Numéro de dossier médical (si disponible) _____			

Statut de résidence: Citoyen américain Résident des États-Unis Visa (étudiant, de travail, visiteur) Ressortissant étranger)

2. Renseignements sur le foyer : Inscrivez le nom de votre conjoint et/ou de tous les enfants à charge résidant dans votre foyer. Ne pas inclure le nom de votre partenaire non marié. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre un document à part.

Nom du membre de la famille	Relation avec le demandeur	Date de naissance

3. Renseignements sur les revenus :

Vous devez fournir des renseignements sur vos revenus et ceux de votre conjoint. Incluez toutes les sources de revenus. Les sources de revenus peuvent inclure notamment, les salaires, les pensions alimentaires, le minimum vieillesse, les indemnités de chômage, les revenus locatifs, les indemnités pour accident du travail et les pensions alimentaires pour les enfants. Si vous n'avez aucun revenu, veuillez joindre une lettre d'appui à votre demande (consultez les instructions en page 2).

Nom du membre de la famille	Sources des revenus	Montant perçu avant impôts	N° d'inscription au chômage
		_____ USD <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> par mois	<input type="checkbox"/>
		_____ USD <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> par mois	<input type="checkbox"/>

4. Assurance Santé :

Êtes-vous couvert par une assurance maladie, notamment par Medicare, Medicaid ou par une protection émanant d'un pays étranger ? OUI NON

Si la réponse est **oui**, veuillez joindre une copie du recto et du verso de votre carte d'assuré à cette demande OU saisir les éléments suivants :

Souscripteur :	Assureur :	N° de police :
Souscripteur :	Assureur :	N° de police :

5. Veuillez lire attentivement avant de signer :

En apposant ma signature ci-dessous, j'atteste que tout ce que j'ai affirmé sur le présent formulaire de demande et toute pièce jointe à celle-ci est véridique.

- Je comprends que l'inscription de renseignements inexacts, incomplets ou mensongers sur le présent formulaire, peut donner lieu au rejet de ma demande d'aide financière.
- J'autorise Yale New Haven Health à vérifier tous les renseignements.
- J'autorise Yale New Haven Health à demander un rapport de solvabilité me concernant.
- Je m'engage à rembourser l'intégralité du montant de l'aide financière qui m'est octroyée si je perçois un versement, quel que soit son type, notamment les dommages-intérêts accordés à la suite d'un procès, au titre des actes visés par la présente demande.
- Je m'engage à informer Yale New Haven Health de tout changement pouvant modifier mon admissibilité à l'aide financière.
- Je comprends que dans le cadre de ma demande d'aide financière, Yale New Haven Health puisse devoir communiquer des renseignements sanitaires protégés (au sens de la règle de confidentialité de la loi sur responsabilité et la transférabilité de l'assurance maladie [« HIPAA »], 42 C.F.R. parties 160 à 164) me concernant afin de déterminer mon admissibilité.
- Je comprends qu'une telle divulgation interviendra pour le règlement, conformément à la définition de la confidentialité par l'HIPAA.

Signature du demandeur ou du tuteur légal

Date

Nom en caractères d'imprimerie du demandeur ou du tuteur légal

N'oubliez pas de joindre à votre demande du Medicaid une décision écrite valide délivrée par votre état de résidence et un justificatif de revenu ou une lettre d'appui à votre demande d'aide financière.

Veuillez envoyer la demande remplie à l'adresse postale suivante :

Yale New Haven Health
SBO, Attn : Financial Assistance
PO BOX 1403,
New Haven, CT 06505