



Demande uniformisée d'aide financière auprès des hôpitaux de l'État de New York

Vous pourriez être admissible à une aide financière au paiement de vos frais hospitaliers si vous ne bénéficiez pas d'une assurance santé, si vous avez dépassé les plafonds de couverture de votre assurance santé ou si vous bénéficiez d'une assurance santé mais que vous avez la preuve de frais médicaux payés s'élevant à plus de 10 % de vos revenus. En remplissant ce formulaire, vous débutez votre demande d'aide financière aux frais hospitaliers. Ce formulaire est utilisé par tous les hôpitaux de l'État de New York.

Cette demande doit être imprimée dans les principales langues¹ parlées par les patients pris en charge par l'établissement hospitalier.

Nom du patient (remplir les informations pertinentes)

Nom du patient (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Adresse	N° appartement/unité
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 état d'incapacité)	
Adresse e-mail (le cas échéant)	

Renseignements concernant la famille :

Veuillez énumérer ci-dessous tous les membres de votre famille appartenant à votre foyer. Par « foyer », on entend vous-même, votre conjoint(e) ou partenaire, ainsi que tous les enfants ou autres personnes à charge. Un foyer inclut ainsi toutes les personnes figurant sur la même déclaration de revenus.

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

¹ Les « langues principales » incluent toute langue utilisée pour communiquer durant au moins 5 % des consultations chaque année, ou toute langue parlée par au moins 1 % de la population de la zone principale de service de l'établissement hospitalier, tel que calculé à partir des informations démographiques disponibles auprès du Bureau du recensement des États-Unis et complétées par des données provenant des systèmes scolaires.

Le revenu brut peut être constitué de revenus du travail (salaires, traitements, pourboires, revenus d'un travail indépendant), de revenus non gagnés (prestations de sécurité sociale, d'invalidité et de chômage), de contributions (fonds provenant de la famille ou des amis) et d'autres sources de revenus (aides temporaires et revenu de sécurité supplémentaire).

Nom complet	Lien de parenté	Revenu brut total (actuel)
	Moi-même	

L'établissement hospitalier peut vous demander de fournir des documents justifiant vos revenus, comme par exemple un talon de paie, une lettre de votre employeur, le cas échéant, ou le formulaire 1040.

Statut d'assuré

Bénéficiez-vous d'une forme quelconque d'assurance santé, y compris Medicaid, Medicare ou une assurance privée souscrite par l'intermédiaire de votre employeur ou à vos propres frais ? ☐ Oui ☐ Non

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

☐ Oui ☐ Non

Patients sous-assurés : personnes disposant d'une assurance santé mais ayant des frais médicaux élevés. Si vous disposez d'une assurance santé, veuillez fournir une estimation des frais médicaux que vous avez payés au cours des 12 derniers mois.

L'établissement hospitalier peut vous demander de fournir des documents justifiant les frais médicaux payés.

Patient/personne responsable : s'il ne s'agit pas du patient, indiquez le nom de la personne qui signe le formulaire et précisez 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 auprès de sources externes. Je certifie que les informations sont, à ma connaissance, exactes et complètes.

Nom (en caractères d'imprimerie)	Date
Lien de parenté avec le patient	
Signature	

Critères d'admissibilité et lignes directrices

Calendrier des demandes, droits des patients et confidentialité

- Vous pouvez demander une aide financière à tout moment au cours du processus de recouvrement.
- Vous n'avez pas à effectuer de paiement à cet établissement hospitalier tant que vous n'avez pas reçu de réponse concernant votre demande d'aide financière. Les hôpitaux ne peuvent pas transmettre les comptes au service de recouvrement tant que votre demande est en cours.
- Si une aide financière vous est refusée, vous avez le droit de faire appel. Vous trouverez des informations sur la façon de procéder dans le message de l'hôpital que vous recevrez. Vous pourriez avoir le droit de faire appel du montant de votre aide financière. L'hôpital inclura des informations sur la procédure d'appel dans sa lettre de décision.
- Les hôpitaux ne peuvent pas envoyer de factures impayées à une agence de recouvrement dans un délai d'au moins 180 jours après votre première facture.
- Il est interdit aux hôpitaux d'attenter des actions en justice, y compris d'engager des poursuites judiciaires, pour recouvrer les frais médicaux impayés des patients dont le revenu est inférieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté. Les directives en matière de pauvreté peuvent être consultées à l'adresse : <https://aspe.hhs.gov/topics/pove-rt-y-economic- mobility/poverty-guidelines>
- Toutes les informations fournies dans cette demande seront uniquement utilisées par l'établissement hospitalier afin de déterminer votre admissibilité à une aide financière et resteront confidentielles dans la mesure permise par la loi.
- Un hôpital ne peut pas vous refuser des soins médicalement nécessaires en raison d'une facture médicale impayée.
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande, veuillez contacter le bureau d'aide financière du Centre médical du comté d'Erie au 716-898-5566.
- Si vous avez besoin d'aide supplémentaire pour remplir cette demande ou faire appel d'une décision, vous pouvez contacter les Community Health Advocates au 888-614-5400.
- L'aide approuvée couvre tous les services hospitaliers applicables. Des frais distincts peuvent vous être facturés pour des services ou des honoraires médicaux non couverts par ce programme.
- Pour obtenir une liste des services couverts et des médecins affiliés, veuillez consulter : <https://www.ecmc.edu/patients-visitors/billing-and-insurance/ecmc-affiliated-providers/>

Admissibilité

Rien ne limite la capacité d'un hôpital à établir l'admissibilité de certains patients à des réductions de paiement si leur niveau de revenu est supérieur à ceux spécifiés ci-dessous et/ou à accorder aux patients admissibles des réductions de paiement plus importantes que celles requises par la Loi sur la santé publique. De plus, le statut d'immigration ne doit pas être un critère d'admissibilité lors du processus de décision de l'aide financière.

Les personnes suivantes sont admissibles :

- Les personnes à faibles revenus sans assurance santé ; ou

- les personnes sous-assurées (dont les frais médicaux restant à leur charge accumulés au cours des douze derniers mois s'élèvent à plus de dix pour cent du revenu annuel brut de cette personne) ; ou
- les personnes ayant dépassé le plafond de couverture de leurs prestations d'assurance santé, et qui peuvent prouver leur incapacité à payer la totalité des frais ; ou
- à la discrétion de l'hôpital, les personnes pouvant prouver leur incapacité à payer leur quote-part et/ou leur franchise peuvent demander un paiement réduit ou ajusté.

Les personnes dont le revenu reste inférieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté peuvent bénéficier d'une aide financière.

Seuils fédéraux de pauvreté / SFP (2024)			
Nombre de personnes du foyer	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 \$

Chiffres actualisés chaque année : <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Taux de réduction minimaux

Si vous êtes admissible à une aide financière, vos frais seront réduits en fonction de vos revenus, selon un barème dégressif, comme suit :

Niveau de revenu	Paie ment
En dessous de 200 % du SFP	Exonération de tous les frais
200 % - 300 % du SFP	Patients non assurés : barème dégressif jusqu'à 10 % du montant qui aurait été payé pour le(s) service(s) par Medicaid. Patients sous-assurés : jusqu'à un maximum de 10 % du montant qui aurait été payé en vertu du partage des coûts de l'assurance santé de ce patient.
301 % - 400 % du SFP	Patients non assurés : barème dégressif jusqu'à 20 % du montant qui aurait été payé pour le(s) service(s) par Medicaid. Patients sous-assurés : jusqu'à un maximum de 20 % du montant qui aurait été payé en vertu du partage des coûts d'assurance de ce patient.

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

Plans de paiements échelonnés

Des plans de paiements échelonnés sont disponibles pour les patients qui ne sont pas en mesure de payer le taux réduit en un seul versement. Les paiements mensuels ne peuvent pas 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 pièce justificative des revenus du foyer

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

Vous trouverez ci-dessous une liste de documents que vous pouvez utiliser en tant que pièces justificatives de vos revenus. Vous n'êtes pas obligé(e) de fournir tous ces documents. Vous pouvez également fournir une déclaration d'absence de revenu pour votre foyer si vous n'avez aucun revenu.

Vous pouvez également présenter la page de décision d'admissibilité du marché de la santé de l'État de New York. Si vous disposez de ce document, il est inutile de fournir à l'hôpital les autres informations sur vos revenus figurant dans la liste ci-dessous.

<u>Si le foyer perçoit :</u>	<u>Montant mensuel :</u>	<u>Pièces justificatives :</u>
Un salaire	\$	Veuillez fournir un talon de chèque de paie ou une lettre de l'employeur sur papier à en-tête de l'entreprise, signée et datée, ou votre dernière déclaration de revenus.
Une prestation de la sécurité sociale	\$	Copie de la lettre/du certificat d'attribution, ou 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 .
Des indemnités de chômage	\$	Copie de la lettre/du certificat d'attribution, ou du relevé mensuel des prestations du département du Travail de l'État de New York, ou copie de la carte de paiement direct avec impression, ou correspondance du département du Travail de l'État de New York, ou impression des informations de compte du bénéficiaire à partir du site Web du département du Travail de l'État de New York (www.labor.state.ny.us).
Une prime 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 www.ssa.gov .
Une indemnisation pour accident du travail	\$	Copie de la lettre d'attribution ou du talon de chèque.

Une pension alimentaire	\$	Copie de l'ordonnance du tribunal ou 3 mois de chèques/reçus encaissés.
Des dividendes/Intérêts	\$	Relevés de dividendes trimestriels ou mensuels.
Autre	\$	Lettre indiquant le montant des revenus non salariaux (le cas échéant), tels que les revenus locatifs, les paiements en espèces pour petits travaux, etc.
Aucun revenu	0 \$	Déclaration signée d'absence de revenu.