

## Résumé de la politique d'aide financière

Yale New Haven Health comprend que le règlement des factures médicales peut s'avérer difficile chez 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 doivent déposer une demande d'aide financière et fournir les documents demandés afin de vérifier leur besoin à cet égard.

### Soins gratuits (Free care)

**Vous pouvez prétendre à des soins gratuits si :**

- les revenus de votre foyer sont inférieurs ou égaux à deux fois et demie le seuil fédéral de pauvreté ; et
- vous déposez une demande d'aide financière.

### Soins à tarif réduit (Discounted Care)

**Vous pouvez prétendre à des soins à tarif réduit si :**

- les revenus de votre foyer sont inférieurs ou égaux à cinq fois et demie le seuil fédéral de pauvreté ;
- vous n'êtes pas assuré(e) ; et
- vous déposez une demande d'aide financière.

### Barème dégressif

**Vous pouvez prétendre à un barème dégressif si :**

- les revenus de votre foyer sont inférieurs ou égaux à cinq fois et demie le seuil fédéral de pauvreté ;
- vous êtes assuré(e) ; et
- vous déposez une demande d'aide financière.

## Foire aux questions

### Quels sont les plafonds de ressources pour être admissible aux programmes ?

Pour plus de détails sur les plafonds de ressources de chaque programme, consultez le site [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Y a-t-il d'autres critères pour bénéficier de l'aide financière ?

En plus de remplir les critères de ressources, vous devez disposer de factures exigibles ou avoir un rendez-vous programmé, et être citoyen(ne) ou résident(e) des États-Unis.

### Que couvre l'aide financière ?

Nos programmes d'aide financière couvrent les soins d'urgence et autres actes médicalement nécessaires des factures de Yale New Haven Health uniquement. Un lien vers la liste des prestataires couverts est fourni à l'adresse [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Combien de temps puis-je bénéficier d'une aide financière ?

Une fois admis au programme de soins gratuits, de soins à tarif réduit ou de barème dégressif, vous pouvez en bénéficier pendant 12 mois à partir de la date de la demande approuvée.

### Comment puis-je savoir si ma demande a été approuvée ?

Nous répondrons à chaque demande par écrit. Si votre demande est rejetée, vous pouvez en déposer une nouvelle à tout moment. Des fonds supplémentaires pour des lits gratuits sont affectés chaque année.

### Qui puis-je contacter si j'ai d'autres questions ?

Pour en savoir plus, vous procurer un exemplaire gratuit de notre politique d'aide financière et du formulaire de demande ou obtenir de l'aide pour remplir une demande, contactez les services Patient Financial and Admitting Services par téléphone en composant le 855 547 4584.

## Informations sur les autres programmes

### Fonds affectés à un lit (Restricted Bed Funds)

Des fonds affectés à un lit 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. Vous pouvez avoir le droit de percevoir ces fonds afin de réduire ou d'éliminer votre facture si vous présentez un besoin d'aide financière manifeste selon la détermination d'une personne responsable de désigner les bénéficiaires des fonds, et que vous remplissez tous les critères d'admissibilité à percevoir ces fonds (chaque fonds ayant des critères distincts). La perception des fonds affectés à un lit n'est soumise à aucun plafond de ressources. L'admissibilité est déterminée au cas par cas par les personnes responsables de désigner les bénéficiaires des fonds en se fondant sur leurs difficultés financières. Tous les patients qui déposent une demande d'aide financière auprès de YNHHS sont automatiquement pris en considération pour les fonds affectés à un lit.

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

Ce programme est proposé aux patientes du Yale New Haven Hospital. Il prévoit des soins prénataux et certains soins post-partum gratuitement chez les patientes qui remplissent les conditions requises. Vous pouvez y avoir droit si :

1. vous résidez dans le comté de New Haven ;
2. vous ne disposez d'aucun type d'assurance maladie ;
3. les revenus de votre foyer sont inférieurs ou égaux à deux fois et demie le seuil fédéral de pauvreté ;
4. vous avez rempli un formulaire de demande « mon bébé et moi ».

Pour de plus amples informations ou pour demander un formulaire du programme « mon bébé et moi » du Yale New Haven Hospital, consultez votre prestataire ou appelez le **203 688 2481**.

### Programme de consultation externe du Greenwich Hospital

Le programme de consultation externe du Greenwich Hospital 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 si :

1. vous résidez à Greenwich ;
2. les revenus de votre foyer sont inférieurs ou égaux à quatre fois le seuil de pauvreté fédéral.

Pour de plus amples informations ou pour obtenir un formulaire de demande, veuillez appeler le **203 863 3334**.

### Remarque à propos des programmes

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. 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.

## Modalités de demande d'une aide financière

Pour faciliter la procédure de demande d'aide financière, Yale New Haven Health utilise un formulaire de demande unique pour la plupart des programmes d'aide financière. Pour déposer une demande, suivez les étapes ci-dessous.

### Étape 1 : Remplissez la demande.

Veillez 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 2 : Joignez un justificatif de revenu à votre demande.

Un justificatif de revenus est un document qui indique les revenus perçus par votre foyer au moment où vous remplissez la demande. Reportez-vous au tableau à droite pour les types de documents pouvant être utilisés.

### Étape 3 : Postez la demande ou déposez-la en personne.

Veillez inclure :

1. la demande dûment remplie, signée et datée ;
2. un justificatif de revenu.

#### Par courrier postal :

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



#### En personne :

Rendez-vous à l'un de nos sites ci-dessous :

#### **Bridgeport Hospital**

267 Grant Street, Bridgeport, CT

#### **Bridgeport Hospital – Milford Campus**

300 Seaside Ave, Milford, CT

#### **Greenwich Hospital**

5 Perryridge Road, Greenwich, CT

#### **Lawrence + Memorial Hospital**

365 Montauk Avenue, New London, CT

#### **Westerly Hospital**

25 Wells Street, Westerly, RI

#### **Yale New Haven Hospital**

20 York Street, New Haven, CT

#### **Yale New Haven Hospital – St. Raphael Campus**

20 York Street, New Haven, CT

**Pour en savoir plus, vous procurer un exemplaire gratuit de notre politique d'aide financière ou obtenir de l'aide pour remplir une demande :**



#### Par téléphone :

855 547 4584

Du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 17 h 00



#### En ligne :

[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)

## Les documents suivants peuvent servir de justificatif de revenus :

<b>Si les revenus de votre foyer proviennent de...</b>	<b>Vous pouvez joindre des exemplaires de ces documents en tant que justificatif de revenus :</b> (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)
<b>Salaires</b> (si vous êtes salarié[e] ou payé[e] à l'heure pour un emploi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– les deux (2) derniers bulletins de paie <b>OU</b></li> <li>– 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)</li> </ul>
<b>Revenus d'un travail indépendant</b> (si vous travaillez à votre compte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– votre dernière déclaration fédérale de revenus (sur laquelle votre signature doit être apposée)</li> </ul>
<b>Avantages</b> (minimum vieillesse, allocation d'ancien combattant, indemnités pour accident du travail, indemnités de chômage, pension, caisse de retraite, allocation supplémentaire de revenu de sécurité, pension alimentaire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– le dernier courrier d'octroi des avantages <b>OU</b></li> <li>– un état récapitulatif des avantages <b>OU</b></li> <li>– des talons de chèques</li> </ul>
<b>Revenus locatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– une copie de bail ou de contrat écrit indiquant le montant du loyer <b>OU</b></li> <li>– un courrier rédigé de votre main, faisant part du montant du loyer que vous percevez annuellement</li> </ul>
<b>Intérêts, dividendes ou versements de rentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– votre dernière déclaration fédérale de revenus <b>OU</b></li> <li>– un relevé de votre établissement financier indiquant le montant, la fréquence des paiements et la somme versée depuis le début de l'année</li> </ul>
<b>Si vous n'avez aucun revenu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– une lettre de la personne qui vous prend en charge <b>OU</b></li> <li>– envoyez un courrier signé et daté expliquant votre situation financière actuelle si vous n'êtes à la charge de personne</li> </ul>

## Formulaire de demande des 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(e) en considération dans le cadre de nos programmes de soins gratuits, à tarif réduit, de barème dégressif 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 ce formulaire de demande, veuillez appeler le 855 547 4584.



### 1. Informations sur le/la patient(e) :

_____		_____	
Nom de famille	Prénom		
_____		_____	
Adresse postale		Date de naissance	
_____		_____	
Ville	État	Code postal	Numéro de téléphone
_____		_____	
		Numéro de dossier médical (si disponible)	

### 2. Informations sur le foyer : inscrivez le nom de votre conjoint(e) ou de tous les enfants à charge résidant dans votre foyer. N'incluez pas le nom de votre partenaire non marié. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre des feuilles volantes.

Nom du membre de la famille	Lien de parenté avec le demandeur	Date de naissance

### 3. Informations sur les revenus :

Incluez toutes les sources de revenus pour vous et votre conjoint(e). Vous devez fournir des informations sur vos revenus et ceux de votre conjoint. 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	Source de revenus	Montant perçu avant impôts	Sans emploi / Aucun revenu
		_____ \$ <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> par mois	<input type="checkbox"/>
		_____ \$ <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> par mois	<input type="checkbox"/>
		_____ \$ <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> par mois	<input type="checkbox"/>

#### 4. Assurance maladie :

Êtes-vous couvert(e) par une assurance maladie, y compris Medicare ou Medicaid, ou par une protection d'un pays étranger ?  
 OUI       NON

Si la réponse est **oui**, veuillez joindre une copie du recto et du verso de votre carte d'assurance 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 d'informations inexactes, incomplètes ou mensongères sur le présent formulaire peut donner lieu au rejet de ma demande d'aide financière.
- J'autorise Yale New Haven Health à vérifier toutes les informations.
- 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 un justificatif de revenus ou une lettre d'appui à votre demande d'aide financière.**

**Envoyez les demandes dûment remplies à l'adresse postale suivante :**

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