

Demande d'aide financière uniforme pour les soins hospitaliers de l'État de New York

Vous pourriez être admissible à l'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 votre revenu. En remplissant ce formulaire, vous lancerez votre processus de demande d'aide financière pour les soins hospitaliers. Ce formulaire est utilisé par tous les hôpitaux de l'État de New York.

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

Nom du patient (prénom, deuxième prénom, nom)		
Date de naissance (mm/jj/aaaa)		
Adresse	No d'appartement	
Ville	État	Code ZIP
No de téléphone		
Nom du parent, du tuteur ou du représentant légal (si le patient est un enfant mineur ou un déclaré mentalement irresponsable)		
Adresse e-mail (le cas échéant)		

Renseignements sur la famille :

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

Le revenu brut désigne votre revenu **avant** toute déduction d'impôt.

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

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

L'hôpital pourrait vous demander de présenter des documents comme preuve de revenu. Il peut s'agir, par exemple, d'un talon de chèque de paie, d'une lettre de votre employeur, le cas échéant, ou du formulaire 1040.

Statut d'assurance maladie

Avez-vous une forme d'assurance maladie, y compris Medicaid, Medicare ou une assurance privée par

l'intermédiaire de votre employeur ou souscrite par vous-même ? Oui Non

Si vous avez répondu « Non », aimeriez-vous obtenir de l'aide pour présenter une demande à l'un ou l'autre de ces programmes ?

Oui Non

Patients sous-assurés : les personnes ayant une assurance et des frais médicaux élevés. Si vous avez une assurance, veuillez fournir une estimation du montant total des factures médicales que vous avez payées au cours des 12 derniers mois.

\$

L'hôpital peut vous demander de présenter des documents comme preuve des frais médicaux payés.

Patient/partie responsable : s'il ne s'agit pas du patient, indiquez le nom de la personne qui signe le formulaire et son pouvoir de signer au nom du patient (p. ex., conjoint, parent, représentant légal).

Je comprends que les informations que je sou mets peuvent faire l'objet d'une vérification auprès de sources externes. J'atteste que l'information est véridique et complète au meilleur de ma connaissance.

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

Admissibilité minimale et lignes directrices

Échéancier de la demande, droits des patients et confidentialité

- Vous pouvez faire une demande d'aide financière à tout moment au cours du processus de recouvrement.
- Vous n'avez pas à faire de paiement à cet hôpital tant que vous n'avez pas reçu une décision concernant votre demande d'aide financière. Il se peut que les hôpitaux ne transfèrent pas les comptes au recouvrement pendant que votre demande est en attente.
- Si l'aide financière vous est refusée, vous avez le droit de faire appel. Des informations sur la façon de le faire seront incluses dans l'avis reçu de l'hôpital. Vous pourriez avoir le droit de faire appel du montant de votre aide financière. Dans sa lettre de décision, l'hôpital inclura des renseignements sur la façon d'interjeter appel.
- Les hôpitaux ne peuvent envoyer de 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 pour les patients dont le niveau de pauvreté au fédéral (NPF) est inférieur à 400%. Les lignes directrices sur la pauvreté peuvent être consultées ici : <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Tous les renseignements fournis dans cette demande ne seront utilisés par l'hôpital que pour déterminer votre admissibilité à une aide financière. Ils demeureront confidentiels dans la mesure permise par la loi.
- Un hôpital ne peut vous refuser des services médicalement nécessaires en raison d'une facture médicale impayée.
- Si vous avez besoin d'aide pour effectuer cette demande, veuillez contacter le bureau d'aide financière de NYC Health + Hospitals au 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692).
- Si vous avez besoin d'aide supplémentaire pour effectuer cette demande ou pour faire appel d'une décision, vous pouvez communiquer avec les experts-conseils en santé communautaire au numéro suivant : 888-614-5400.

Admissibilité

Rien ne limite la capacité d'un hôpital d'établir l'admissibilité 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 admissibles des réductions de paiement plus importantes que celles exigées par la loi sur la santé publique. De plus, le statut d'immigration n'est pas un critère d'admissibilité aux fins de la détermination de l'aide financière.

Les personnes suivantes sont admissibles :

- les personnes à faible revenu qui n'ont pas d'assurance maladie ;
- les personnes sous-assurées (frais médicaux accumulés au cours des douze derniers mois et qui représentent plus de 10% de leur revenu annuel brut) ;
- les personnes qui ont épuisé leurs prestations d'assurance maladie et qui peuvent démontrer qu'ils ne sont pas en mesure de payer la totalité des frais ;
- les personnes qui peuvent démontrer qu'elles ne sont pas en mesure de payer leur quote-part ou leur franchise peuvent demander une réduction ou une remise sur le paiement, laquelle sera accordée à la discrétion de l'hôpital.

Les personnes ayant au maximum un niveau de pauvreté au fédéral de 400% sont admissibles à une aide financière.

Niveaux de pauvreté au fédéral (2024)			
Taille de la famille	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 minimaux

Si vous êtes admissible à l'aide financière, vos frais seront réduits en fonction de vos revenus selon une échelle mobile comme suit :

Niveau de revenu	Paiement
NPF inférieur à 200%	Exemption de tous les frais
NPF entre 200% et 300%	<p>Patients non assurés : échelle mobile 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 % du montant qui aurait été payé en vertu du partage des coûts d'assurance de ce patient.</p>
NPF entre 301% et 400%	<p>Patients non assurés : échelle mobile 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 coûts d'assurance de ce patient.</p>

Les hôpitaux peuvent choisir d'offrir des réductions plus importantes aux patients admissibles ou d'offrir des réductions de paiement aux patients à revenu plus élevé.

Versements échelonnés

Il est possible d'effectuer des versements échelonnés pour les patients qui ne sont pas en mesure de payer le tarif réduit en une seule fois. Les mensualités 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 preuve de revenu du ménage

Veillez inclure les renseignements 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 dans 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 indiquant que le ménage n'a pas de revenu du si vous n'avez aucun revenu.

De plus, vous pouvez fournir la page de détermination de l'admissibilité à partir du marché de la santé de l'État de New York. Si vous avez ce document, vous n'avez pas à fournir à l'hôpital d'autres renseignements sur le revenu énumérés ci-dessous.

<u>Si le ménage reçoit :</u>	<u>Montant par mois :</u>	<u>Le demandeur peut fournir :</u>
Salaire	\$	Un talon de chèque de paie ou une lettre de l'employeur sur papier à en-tête de l'entreprise, signé et daté, ou votre déclaration de revenus la plus récente.
Paiement de sécurité sociale	\$	Une copie du certificat ou de la lettre d'attribution, ou de la correspondance de la Social Security Administration des États-Unis, ou de la lettre de prestation annuelle. Pour demander une copie de votre lettre de prestation de sécurité sociale, appelez au 1-800-772-1213 ou visitez le www.ssa.gov .
Allocations de chômage	\$	Une copie du certificat ou de la lettre d'attribution, du relevé mensuel des prestations du département du Travail de l'État de New York, de la carte de paiement direct avec impression ou de la correspondance du ministère du Travail de l'État de New York, ou une impression des informations sur le compte du bénéficiaire à partir du site Web du département du Travail de l'État de New York (www.labor.state.ny.us).
Prestation d'invalidité	\$	Une copie du certificat ou de la lettre d'attribution ou, ou de la correspondance de la Social Security Administration, ou une copie de la lettre de prestation annuelle. Pour demander une copie de votre lettre de prestation, composez le 1-800-772-1213 ou visitez le www.ssa.gov .
Indemnisation des accidents du travail	\$	Une copie de la lettre d'attribution ou du talon de chèque.

Pension alimentaire	\$	Veillez fournir une copie de l'ordonnance du tribunal, ou trois (3) mois de chèques ou de reçus encaissés.
Dividendes/intérêts	\$	Les relevés trimestriels de dividendes ou les relevés mensuels.
Autre	\$	Une lettre indiquant le montant des revenus non salariaux (le cas échéant), tels que les revenus locatifs, l'argent pour les petits boulots, etc.
Aucun revenu	\$	Une déclaration signée d'absence de revenu.