

## Récapitulatif en langage simple de la politique d'aide financière

Yale New Haven Health (YNHHS) fournit une aide financière pour les soins d'urgence et/ou médicalement nécessaires aux patients non assurés ou insuffisamment assurés qui remplissent les critères suivants :

Si vous résidez aux États-Unis et (a) n'êtes pas assuré(e) et ne remplissez pas les critères pour bénéficier du régime d'assurance médicale du gouvernement ou d'un régime d'assurance maladie admissible dans le cadre de la loi sur les soins abordables (Affordable Care Act), ou (b) insuffisamment assuré(e) :

### Soins gratuits (Free care)

**Vous pourriez bénéficier d'une remise totale (100 %) sur le montant dû si :**

- les revenus de votre foyer sont inférieurs ou égaux à 250 % du seuil fédéral de pauvreté.

### Soins à tarif réduit (Discounted Care)

**Vous pourriez bénéficier d'une remise partielle sur le montant dû si :**

- les revenus de votre foyer sont inférieurs ou égaux à 550 % du seuil fédéral de pauvreté.

### Patients médicalement indigents

Il est également possible, au cas par cas, que les patients qui ne remplissent pas les critères de revenus suscités, mais dont les factures médicales sont supérieures à un certain pourcentage du revenu ou des actifs de la famille, soient considérés.

## Foire aux questions

### Quels sont les niveaux de revenus maximum pour être admissible à ces programmes ?

Pour des détails sur les niveaux de revenus maximum de chaque programme, consultez [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

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

Pour être admissible, vous devez coopérer en remplissant la demande d'aide financière et en demandant Medicaid ou tout autre programme de tiers-payant éventuellement disponible.

### Que couvre l'aide financière ?

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

**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 hospitaliers sont affectés chaque année.

### Comment déposer une demande et où obtenir des copies ?

Pour faire une demande, obtenir un formulaire, le remplir en fournissant tous les renseignements demandés et renvoyer la demande à l'un de nos bureaux de l'aide financière, dont les adresses sont indiquées ci-dessous.

Vous pouvez obtenir un exemplaire gratuit du formulaire de demande, de la Politique d'aide financière et du présent récapitulatif en langage simple sur [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) ou sur le site Internet de l'un des hôpitaux de YNHHS. Vous pouvez également en faire la demande par courrier postal, en appelant les services Patient Financial and Admitting Services au 855 547 4584. Vous pouvez également vous rendre à l'un des bureaux d'accueil, y compris dans les services d'urgence (Emergency Departments), de nos hôpitaux.

### Disponibilité de services de traduction

Pour certains groupes dont la maîtrise de l'anglais est limitée, des traductions de notre Politique d'aide financière, du formulaire de demande d'aide financière et du présent récapitulatif en langage simple sont disponibles sur le site Internet [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) et dans les hôpitaux dont l'adresse est indiquée ci-dessous.

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

Pour en savoir plus 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 complémentaires relatives au programme

### Fonds affectés aux lits hospitaliers

Il est possible qu'un(e) patient(e) remplisse les critères pour bénéficier d'une aide financière provenant des fonds affectés aux lits hospitaliers. Il s'agit de fonds issus de dons faits à un hôpital de Yale New Haven Health, pour soigner les patients qui n'ont éventuellement pas les moyens de payer les soins hospitaliers. Ces fonds représentent une petite partie du financement global de l'aide financière, pour laquelle l'admissibilité tient compte des restrictions imposées par les donateurs et, le cas échéant, des nominations faites par les personnes chargées de désigner les bénéficiaires des fonds. Tous les patients qui remplissent une demande d'aide financière sont automatiquement pris en considération pour les fonds affectés aux lits hospitaliers.

### Limitation du niveau de frais à charge

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.

**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

## 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 son programme d'aide financière. Pour déposer une demande, suivez les étapes ci-dessous.

### Étape 1 : Remplir 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 : Joindre un justificatif de revenus** à votre demande. Un justificatif de revenus est un document qui indique les revenus gagnés 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 : Poster la demande ou la déposer en personne.

Veillez inclure :

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



#### Par courrier postal :

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



Par fax : 203 688 1640



#### 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



#### 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 copies 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)	<input type="checkbox"/> Les deux (2) bulletins de salaire les plus récents <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Un courrier 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)
<b>Revenus d'un travail indépendant</b> (si vous travaillez à votre compte)	<input type="checkbox"/> Déclaration de revenus fédérale la plus récente
<b>Allocations</b> (Sécurité sociale, allocation d'ancien combattant, indemnités pour accident du travail, indemnités de chômage, pension, caisse de retraite, allocation supplémentaire de revenu de sécurité, pension alimentaire)	<input type="checkbox"/> Le dernier courrier d'octroi des allocations <b>OU</b> <input type="checkbox"/> un état récapitulatif des allocations <b>OU</b> <input type="checkbox"/> des talons de chèques
<b>Revenus locatifs</b>	<input type="checkbox"/> Une copie de bail ou de contrat écrit indiquant le montant du loyer <b>OU</b> <input type="checkbox"/> un courrier rédigé de votre main, précisant le montant du loyer que vous percevez annuellement
<b>Intérêts, dividendes ou versements de rentes</b>	<input type="checkbox"/> Déclaration de revenus fédérale la plus récente <b>OU</b> <input type="checkbox"/> un relevé de votre établissement financier indiquant le montant, la fréquence des paiements et la somme versée depuis le début de l'année
<b>Si vous n'avez aucun revenu</b>	<input type="checkbox"/> une lettre de la personne qui vous prend en charge <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Si vous n'êtes à la charge de personne, envoyez un courrier signé et daté expliquant votre situation financière actuelle

## 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 (Free Care and Discounted Care programs) et de fonds affectés aux lits hospitaliers. Pour des explications sur les modalités de demande d'aide financière, veuillez consulter la page 2. Pour des questions à propos de ce formulaire de demande, veuillez appeler le **855 547 4584**.

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

Nom _____		Prénom _____	Date de naissance _____
Adresse postale _____			Numéro de téléphone _____
Ville _____	État _____	Code postal _____	Numéro de dossier médical (le cas échéant) _____

### 2. Informations sur le foyer :

Inscrivez le nom de votre conjoint(e) et/ou de tous les enfants à charge résidant dans votre foyer. N'incluez pas le nom de votre partenaire non marié(e). Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre un document distinct.

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

### 3. Informations financières :

Incluez toutes les sources de revenus pour vous et votre conjoint(e). N'oubliez pas de joindre un justificatif de revenus à votre demande. Un justificatif de revenus est un document qui indique les revenus gagnés par votre foyer au moment où vous remplissez la demande. Reportez-vous au tableau de la page 2 pour les types de documents pouvant être utilisés comme justificatifs de revenus.

Revenu	Patient(e) Précisez le montant Entourez une réponse : par semaine, toutes les deux semaines, par mois	Conjoint(e) Précisez le montant Entourez une réponse : par semaine, toutes les deux semaines, par mois
Salaires/revenus bruts (avant impôts)		
À la charge d'une autre personne		
Pension alimentaire pour les enfants/pension alimentaire perçue		
Pension d'invalidité		
Prestations de retraite		
Revenus locatifs perçus		
Revenus d'une activité indépendante ou agricole		
Allocations de Sécurité sociale / SSI		
Fonds fiduciaire / héritage		
Indemnités de chômage		
Indemnités pour accident du travail		
<b>REVENU TOTAL</b>		
<b>AUTRE</b>		
Actifs liquides (biens qui peuvent être vendus rapidement, sans perte de valeur. Par exemple, des liquidités, de l'or ou des titres négociables)		

**4. Assurance maladie :**

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

OUI  NON

Si **oui**, veuillez indiquer les informations relatives à votre assurance ci-dessous :

<b>Souscripteur :</b>	<b>Assureur :</b>	<b>N° de contrat :</b>
<b>Souscripteur :</b>	<b>Assureur :</b>	<b>N° de contrat :</b>

**4a.** Votre employeur cotise-t-il à un compte épargne santé (Health Saving Account, HSA) pour contribuer à vos frais médicaux ?

OUI  NON

**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 des informations inexactes, incomplètes ou mensongères fournies dans le présent formulaire peuvent 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 données de santé protégées (au sens de la règle de confidentialité de la loi sur la 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 à des fins de règlement, conformément à la définition de la confidentialité par l'HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Signature du (de la) demandeur(euse) ou tuteur(trice) légal(e)

\_\_\_\_\_  
Date (MM/JJ/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie du (de la) demandeur(euse) ou du (de la) tuteur(trice) légal(e)

**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