

|                                                                                                 |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Service responsable :</b><br>Services généraux d'entreprise<br>(Corporate Business Services) | <b>YALE NEW HAVEN HEALTH<br/>POLITIQUE ET PROCÉDURES</b> |
| <b>Titre :</b> Programmes d'aide financière (Financial Assistance Programs)                     |                                                          |
| <b>Date d'entrée en vigueur :</b> 1 <sup>er</sup> mai 2025                                      |                                                          |
| <b>Approuvé par :</b> Conseil d'administration de YNHHS                                         |                                                          |
| <b>Type de politique système (I ou II) :</b> Type I                                             |                                                          |

## OBJET

Yale New Haven Health (« Yale New Haven Health » ou « YNHHS ») s'engage à fournir une aide financière aux personnes admissibles qui ont besoin d'aide pour payer des soins d'urgence ou médicalement nécessaires. Cette politique d'aide financière (Financial Assistance Policy, « FAP ») a le but suivant :

- A. Expliquer l'aide financière proposée dans le cadre de la FAP.
- B. Décrire les critères d'admissibilité à l'aide financière et comment en faire la demande.
- C. Décrire comment les frais à la charge des patients sont calculés au titre des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires pour des patients admissibles à la FAP.
- D. Identifier les prestataires qui sont pris en charge et qui ne sont pas pris en charge par la FAP.
- E. Décrire les mesures que prennent les hôpitaux YNHHS pour faire largement connaître cette FAP au sein des communautés desservies par le YNHHS.
- F. Expliquer les mesures de recouvrement qui pourront être prises en cas de non-paiement des factures de Yale New Haven Health.

## APPLICABILITÉ

Cette politique s'applique à chaque hôpital agréé et affilié à YNHHS, y compris le Bridgeport Hospital, le Greenwich Hospital, le Lawrence + Memorial Hospital, le Yale New Haven Hospital et le Westerly Hospital (chacun un « Hôpital »). En outre, les programmes d'aide financière sont suivis par Northeast Medical Group, Yale New Haven Health Urgent Care, Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut et Home Care Plus (chacun étant un « Prestataire non hospitalier de YNHHS »).

## POLITIQUE

- A. **Agent responsable.** Le vice-président senior chargé du cycle des revenus du YNHHS ou son (sa) délégué(e) sera responsable de la FAP du YNHHS.
- B. **Portée et liste des prestataires**
  - 1. **Soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires.** Cette FAP s'applique aux soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, y compris les services hospitaliers et ambulatoires, facturés par un Hôpital ou un Prestataire non hospitalier de YNHHS. La FAP exclut : (a) une chambre privée ou les infirmières personnelles ; (b) les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, tels que la chirurgie esthétique électorale ; (c) d'autres frais de

commodité électifs, tels que les frais de télévision ou de téléphone et (d) d'autres remises ou réductions de prix qui ne sont pas expressément décrits dans la présente politique.

2. **Liste des prestataires.** Pour consulter la liste de prestataires qui fournissent des soins d'urgence et médicalement nécessaires dans un Hôpital, cliquez ici :

<https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance>

La liste indique si le prestataire est pris en charge par la FAP. Si ce n'est pas le cas, les patients devront contacter le bureau du prestataire pour déterminer s'il propose une aide financière et dans ce cas, ce que prend en charge la politique d'aide financière du prestataire.

3. **Respect de l'EMTALA.** Les hôpitaux doivent se conformer à la loi sur le traitement médical d'urgence et le travail actif (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA), dans le respect de leurs politiques. Il leur est également interdit de participer à des activités pouvant décourager une personne de demander des soins médicaux d'urgence. Aucune clause de la présente FAP ne limite les obligations de l'Hôpital dans le cadre de l'EMTALA au traitement des patients dont l'état nécessite des soins médicaux d'urgence.

## C. Programme d'aide financière

1. **Conditions générales d'admissibilité.** Les patients pourront bénéficier d'un ajustement de l'aide financière pour les montants dus pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires par le patient lui-même (mais pas pour les montants dus par un tiers payeur) s'ils satisfont aux critères suivants :

- ils sont (i) non assurés et non admissibles à un programme gouvernemental de soins de santé ou à un plan de santé qualifié disponible dans le cadre de la loi sur les soins abordables (Affordable Care Act), ou (ii) sous-assurés ;
- ils vivent aux États-Unis ;
- ils répondent aux critères en matière de revenus décrits ci-dessous ;
- ils soumettent une demande dûment remplie et accompagnée des documents requis, ou répondent aux critères d'admissibilité présumée décrits ci-dessous ; et
- ils coopèrent dans le cadre de la demande de Medicaid ou de tout autre programme de paiement par des tiers qui pourrait être disponible.

### 2. Critères en matière de revenus

- a. **Soins gratuits.** S'il est vérifié que le revenu familial annuel brut est inférieur ou égal à 250 % du seuil de pauvreté prescrit par l'État fédéral (*voir la pièce jointe 1*), un patient peut être admissible à des soins gratuits (c.-à-d. une réduction de 100 % sur le solde du compte du patient).
- b. **Soins à tarif réduit.** S'il est vérifié que le revenu familial annuel brut est compris entre 251 % et 550 % du seuil de pauvreté prescrit par l'État fédéral, un patient peut être admissible à des soins à tarif réduit, comme le prévoit la *pièce jointe 1*. Pour les patients disposant d'une assurance, la remise sera appliquée au solde de leur compte restant après les paiements versés par l'assurance ou les payeurs tiers.

- c. **Patients médicalement indigents.** Il est également possible que les patients qui ne remplissent pas les critères en matière de revenus ci-dessus, mais dont les factures médicales sont supérieures à un certain pourcentage du revenu ou des actifs de la famille, soient considérés pour l'aide financière.
- 3. **Fonds affectés aux lits hospitaliers.** Il est possible qu'un patient remplisse les critères pour bénéficier d'une aide financière provenant des fonds affectés aux lits hospitaliers, qui sont des fonds issus de dons faits à l'Hôpital pour soigner les patients qui pourraient ne pas être en mesure de payer les soins hospitaliers. Ces fonds représentent une petite partie du financement global de l'aide financière, dont 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 déposent la demande d'aide financière prescrite sont automatiquement pris en considération pour les fonds affectés aux lits hospitaliers.
- 4. **Autres programmes d'aide financière spécifiques à un hôpital.** Greenwich Hospital fournit une aide financière à certaines personnes qui étaient des patients de l'ancienne clinique de soins primaires ambulatoires de Greenwich Hospital pour des services hospitaliers et ambulatoires à Greenwich Hospital.

La politique de Yale New Haven Health consiste à prendre des décisions sans discrimination en matière d'aide financière. Les décisions ne prennent pas en compte l'âge, le sexe, la race, la couleur de peau, l'origine nationale, la situation matrimoniale, le statut social ou d'immigrant, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre, l'affiliation religieuse, le handicap, le statut d'ancien combattant ou militaire ou d'autres motifs interdits par la loi. Le YNHHS peut, s'il le décide de son plein gré, approuver une aide financière en dehors de la portée de la présente politique.

#### **D. Limitation du niveau des frais d'hospitalisation à charge**

Lorsqu'un patient remplit les critères de la présente politique pour des soins à tarif réduit, mais pas pour des soins gratuits pour des services hospitaliers admissibles, les frais à sa charge ne seront pas supérieurs au montant généralement facturé (Amount Generally Billed, « AGB ») aux personnes qui possèdent une assurance prenant en charge les soins concernés.

- 1. **Calcul de l'AGB.** Le YNHHS calcule l'AGB une fois par an pour chaque Hôpital en appliquant la « méthode rétrospective », conformément aux réglementations fiscales fédérales et sur la base du barème de paiement à l'acte de Medicare, y compris les montants de participation aux frais du bénéficiaire de Medicare et de tous les assureurs-santé privés qui ont versé des paiements à chaque Hôpital pour l'exercice fiscal précédent. Le YNHHS peut appliquer le pourcentage de remise par Hôpital ou décider d'utiliser le pourcentage de remise le plus favorable aux patients du YNHHS. Les remises sur l'AGB sont précisées dans la pièce jointe 1.

#### **E. Demande d'aide financière**

- 1. **Comment déposer une demande.** Pour déposer une demande d'aide financière, un patient doit remplir le formulaire de demande d'aide financière (le « formulaire de demande ») du YNHHS, sauf dans les cas cités ci-dessous. Le formulaire de demande est disponible :
  - a. En ligne à l'adresse [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) et sur le site internet de chaque Hôpital YNHHS.

## Politiques des programmes d'aide financière

- b. En personne au bureau des admissions des patients ou au bureau d'inscription de n'importe quel Hôpital YNHHS.
- c. Par courrier postal, en appelant le (855) 547 4584 pour demander un exemplaire gratuit aux Services financiers des patients (Patient Financial Services).

**2. Formulaire de demande.** Le formulaire de demande décrit (i) les programmes d'aide financière et leurs conditions d'admissibilité, (ii) les documents à fournir afin de déterminer l'admissibilité, et (iii) les coordonnées des personnes à contacter pour une aide concernant la FAP. Le formulaire de demande explique également que (i) le YNHHS répondra à chaque demande par écrit, (ii) les patients peuvent renouveler leur demande d'aide financière dans le cadre de la FAP à tout moment, et (iii) des fonds supplémentaires pour des lits d'hôpital gratuits sont affectés chaque année. Le YNHHS ne refusera pas une aide financière dans le cadre de la FAP en raison de l'absence d'informations ou de documents que la FAP ou la demande ne citent pas comme étant obligatoires dans le cadre de la demande.

**3. Patients remplissant les conditions d'admissibilité à la FAP.** Les Hôpitaux YNHHS prendront toutes les mesures raisonnables pour déterminer l'admissibilité et documenteront leur conclusion relative à l'admissibilité à l'aide financière dans les comptes des patients concernés. Une fois que le YNHHS aura déterminé qu'un patient remplit les conditions d'admissibilité à la FAP, le YNHHS devra :

- a. fournir un relevé de facturation précisant le montant à la charge de la personne concernée en tant que patient admissible à la FAP, y compris le mode de calcul de ce montant. Le cas échéant, ce relevé devra également préciser ou décrire comment la personne concernée peut obtenir des informations concernant l'AGB pour les soins ;
- b. rembourser à la personne concernée les quelconques montants qu'elle a réglés pour les soins qui sont supérieurs au montant déterminé comme étant à sa charge en tant que patient remplissant les conditions d'admissibilité à la FAP, sauf si ledit montant excédentaire est inférieur à 5 \$ ou autre somme fixée par l'IRS (Internal Revenue Service, IRS) ;
- c. prendre des mesures raisonnables pour stopper toute mesure extraordinaire de recouvrement.

**4. Présomption d'admissibilité.** Le YNHHS peut conclure à l'admissibilité à des soins gratuits ou à tarif réduit dans le cadre de la présente politique en s'appuyant sur des informations relatives aux conditions de vie du patient, obtenues de sources autres que le patient, y compris les sources suivantes ou équivalentes :

- a. Pour le compte de chaque Hôpital, le YNHHS utilise un outil de sélection tiers, qui permet d'identifier les personnes qui ont un solde à charge et qui n'ont pas fait la demande d'aide financière, mais dont le revenu est inférieur ou égal à 250 % du seuil de pauvreté fédéral (*c.-à-d.* remplissant les conditions d'admissibilité aux soins gratuits). Si un patient est identifié par ce processus, les soldes hospitaliers restant à payer pourront être ajustés en soins gratuits.
- b. Le YNHHS est affilié à Yale University et le centre de santé universitaire de Yale School of Medicine. Les patients qui ne sont pas assurés et qui consultent dans les cliniques de soins primaires tenues par les étudiants de Yale University pour les

personnes à faibles revenus, y compris la Haven Free Clinic, peuvent bénéficier de la présomption d'admissibilité à des soins gratuits ou à tarif réduit, sans devoir remplir de demande d'aide financière, une fois qu'ils auront reçu la confirmation sous une forme acceptable par le vice-président principal du cycle des revenus qu'une personne est un patient de la clinique concernée.

- c. Le YNHHS peut utiliser des conclusions d'admissibilité antérieures pour présumer que la personne concernée est toujours admissible aux soins gratuits dans le cadre de la présente FAP.

### **F. Relation avec les pratiques de recouvrement du YNHHS**

Un Hôpital YNHHS (et toute agence de recouvrement ou autre partie à laquelle il a transmis une dette) n'entreprendra aucune mesure de recouvrement extraordinaire (Extraordinary Collection Action, « ECA ») avant 120 jours après l'émission du premier relevé de facturation pour les soins après la sortie d'hôpital. Aucune ECA ne sera effectuée tant que le YNHHS n'aura pas pris des mesures raisonnables pour déterminer si un patient ou une autre personne qui est financièrement responsable du paiement d'un compte (personne[s] responsable[s]) remplit les conditions d'admissibilité à l'aide financière dans le cadre de cette FAP, comme confirmé et approuvé par le vice-président principal du cycle des revenus ou son/ses délégué(s).

L'Hôpital suivra son cycle de comptes débiteurs conformément à ses processus et pratiques opérationnels internes. Dans le cadre de ces processus et pratiques, le YNHHS devra aviser les patients de sa FAP à partir de la date où les soins sont prodigués et pendant toute la durée du cycle de facturation (ou pendant toute la période prescrite par la loi, la durée la plus longue étant retenue) par des méthodes qui comprennent :

1. Tous les patients recevront un récapitulatif en langage simple de cette FAP et un formulaire de demande d'aide financière dans le cadre de la FAP au moment de l'admission ou de la sortie d'un Hôpital.
2. Au moins trois relevés distincts pour les comptes relatifs à des montants à charge seront envoyés par courrier postal ou électronique à la dernière adresse connue du patient et de toute autre personne responsable sur une période d'au moins soixante (60) jours, sous réserve cependant qu'il ne soit nécessaire d'envoyer aucun autre relevé après le dépôt d'une demande d'aide financière par une ou des personnes responsables dans le cadre de la FAP ou après le paiement de la totalité du solde. Le patient ou la (les) personne(s) responsable(s) sont dans l'obligation de fournir une adresse postale ou électronique correcte au moment du service ou de leur déménagement. Si le compte d'un patient ne contient pas d'adresse valide, le YNHHS sera considéré comme ayant pris des « mesures raisonnables » pour déterminer l'admissibilité du patient au titre de cette FAP. Tous les relevés de compte d'un seul patient comprendront :
  - a. un récapitulatif des services hospitaliers concernés par le relevé ;
  - b. les frais correspondant à ces services ;
  - c. le montant devant être réglé par la ou les personnes responsables (ou, si ce montant n'est pas connu, une estimation de bonne foi de ce montant à la date du relevé initial) ; et

- d. un avis écrit visible qui avise de l'existence de l'aide financière dans le cadre de la FAP, y compris le numéro de téléphone du service et l'adresse directe du site internet sur lesquels il est possible d'obtenir un exemplaire des documents.
3. Au moins un des relevés envoyés par courrier postal ou électronique décrira les ECA que le YNHHS a l'intention de prendre si la ou les personnes responsables ne déposent pas de demande d'aide financière dans le cadre de la FAP ou payent le montant dû avant la date d'échéance de la facture. Ce relevé devra être fourni à la ou aux personnes responsables au moins 30 jours avant la date limite indiquée sur le relevé. Un récapitulatif en langage simple de cette FAP accompagnera ce relevé.
4. Le YNHHS tentera de contacter la ou les personnes responsables par téléphone au dernier numéro de téléphone connu, le cas échéant, au moins une fois au cours de la série de relevés envoyés par la poste ou par courrier électronique. À l'occasion de toutes les conversations, le patient ou la ou les personnes responsables seront informés de l'existence de l'aide financière éventuellement disponible dans le cadre de la FAP.
5. Sous réserve du respect des clauses de la présente FAP, le YNHHS pourra prendre les ECA répertoriées dans la pièce jointe 2 afin d'obtenir le paiement des services médicaux fournis.

#### **G. Disponibilité de la politique**

Des exemplaires de cette FAP, un récapitulatif en langage simple de cette FAP et la demande de FAP sont disponibles à l'adresse [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

Le YNHHS mettra à disposition, gratuitement et sur demande, des exemplaires imprimés de cette FAP, un récapitulatif en langage simple de cette FAP et le formulaire de demande de FAP, par courrier postal ou dans chaque service des urgences (Emergency Department) d'un Hôpital YNHHS, ainsi que dans tous les bureaux d'inscription. Les formulaires imprimés seront disponibles en anglais et dans la langue principale de toute population dont la maîtrise de l'anglais est limitée et qui représente au moins 1 000 personnes ou 5 % de la population desservie par l'Hôpital YNHHS. La pièce jointe 3 contient une liste des langues concernées.

Les patients doivent contacter les Services généraux d'entreprise (Corporate Business Services) au (855) 547 4584 (numéro gratuit) pour des informations concernant les critères d'admissibilité ou les programmes dont ils pourraient bénéficier, pour demander l'envoi par courrier postal d'un exemplaire de la FAP, d'un récapitulatif en langage simple de la FAP, du formulaire de demande de FAP, ou de la Politique de facturation et de recouvrement, ou pour obtenir une traduction dans une autre langue que l'anglais du formulaire de demande de FAP. En outre, les patients peuvent demander au Bureau d'inscription des patients (Patient Registration), aux Services financiers des patients (Patient Financial Services) et au Service de gestion (Case Management) des dossiers sociaux (Social Work) de lancer la procédure de demande de FAP.

D'autres mesures visant à faire connaître la FAP sont notamment la publication d'avis dans les journaux à grande diffusion, l'inclusion d'un avis écrit relatif à la FAP dans les relevés de facturation, la notification de la FAP dans les communications orales avec les patients concernant le montant dû et l'organisation de journées portes ouvertes et d'autres séances informelles.

## H. Respect des lois de l'État

Le YNHHS respectera les lois de l'État en vigueur, notamment, mais sans exclusivité, les Statuts généraux du Connecticut (Connecticut General Statutes) régissant les recouvrements par les Hôpitaux auprès des patients qui ne sont pas assurés, ainsi que la *Norme nationale pour la gratuité des soins (Statewide Standard for the Provision of Charity Care)* de Rhode Island prévue au Chapitre 11.3 des Règlements et réglementations concernant la conversion des hôpitaux (Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions ou « Réglementations RI ») du Ministère de la Santé de Rhode Island et la Norme nationale pour les soins sans contrepartie (*Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care*) prévue au Chapitre 11.4 des Réglementations RI et dans la loi de New York sur la procédure civile qui interdit aux prestataires de soins de santé de l'État de New York de placer des droits de rétention sur les résidences principales d'une personne pour recouvrer une dette médicale.

## RÉFÉRENCES

- A. Internal Revenue Code 501(c)(3)
- B. Internal Revenue Code 501(r)
- C. Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
- D. RI Regulations 11.3 et 11.4
- E. NY Civil Practice Law Section 5.201(b)

## POLITIQUES ASSOCIÉES

Facturation et recouvrement

EMTALA : Critères de dépistage médical/stabilisation, garde et transfert

## PIÈCES JOINTES

- A. Pièce jointe 1 : Federal Poverty Guidelines (FPG) & Financial Assistance
- B. Pièce jointe 2 : Extraordinary Collection Actions
- C. Pièce jointe 3 : Limited English Proficiency Languages

## HISTOIRE DES POLITIQUES

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Date d'origine de la politique : | 20/09/2013 ; 01/01/2017 (LMH et WH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| B. Remplace                         | Programmes d'aide financière de Yale New Haven Hospital pour les services hospitaliers (NC:F-4)<br>Politique de Yale New Haven Hospital - Répartition des fonds destinés aux soins gratuits NC:F-2<br>Programmes d'aide financière de Bridgeport Hospital pour les services hospitaliers (9-13)<br>Aperçu des Programmes d'aide financière de Greenwich Hospital pour les services hospitaliers<br>Lawrence + Memorial Hospital et Westerly Hospital<br>Charity Care, Aide financière, Politique sur les fonds pour des lits gratuits<br>Politiques et procédures de Greenwich Hospital<br>Outpatient Center |
| C. Approuvées avec modifications    | 21/01/2015 ; 30/09/2016 ; 16/12/2016 ; 01/06/2017 ; 15/07/2018 ; 15/06/2020 ; 30/11/2023 ; 28/2/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| D. Approuvées avec modifications    | 19/01/2023 (pièce jointe 1 mise à jour) ; 24/01/2024 (pièce jointe 1 mise à jour) ; 06/07/2024 (pièce jointe 1 mise à jour) ; 30/01/2025 (pièce jointe 1 mise à jour)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## Pièce jointe 1

### Directives fédérales sur la pauvreté (FPG) et aide financière

Les montants FPG sont régulièrement mis à jour dans le Registre fédéral par le Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis. Les montants FPG actuels sont précisés à l'adresse <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Au jeudi 29 janvier 2026, les montants FPG étaient les suivants. Ces montants peuvent faire l'objet de modifications. Les patients admissibles à l'aide financière dans le cadre de la présente politique bénéficieront de l'aide selon les règles suivantes :

|                 | Nom de la FAP                      | Soins gratuits          | Soins à tarif réduit                                                                                                                                                                                         |
|-----------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | Admissibilité à la prise en charge | Patients assurés ou non | Patients assurés ou non                                                                                                                                                                                      |
|                 | Tarif réduit                       | 100 %                   | Bridgeport Hospital – 69 %<br>Greenwich Hospital – 68 %<br>Lawrence + Memorial Hospital – 72 %<br>Yale New Haven Hospital – 67%<br>Westerly Hospital – 76 %<br>Prestataires non hospitaliers de YNHHS – 65 % |
|                 | Admissibilité du revenu brut       | 0 % - 250 % FPL         | 251 % - 550 % FPL                                                                                                                                                                                            |
| Taille du foyer | 1                                  | 0 \$ - 39 900 \$        | 39 901 \$ - 87 780 \$                                                                                                                                                                                        |
|                 | 2                                  | 0 \$ - 54 100 \$        | 54 101 \$ - 119 020 \$                                                                                                                                                                                       |
|                 | 3                                  | 0 \$ - 68 300 \$        | 68 301 \$ - 150 260 \$                                                                                                                                                                                       |
|                 | 4                                  | 0 \$ - 82 500 \$        | 82 501 \$ - 181 500 \$                                                                                                                                                                                       |
|                 | 5                                  | 0 \$ - 96 700 \$        | 96 701 \$ - 212 740 \$                                                                                                                                                                                       |

Les pourcentages d'AGB sont calculés une fois par an. Les AGB de l'année civile 2026 (% des frais à charges) par Hôpital sont : Bridgeport Hospital 31,47 %, Greenwich Hospital 32,57 %, Lawrence + Memorial Hospital 28,52 %, Yale New Haven Hospital 33,89 % et Westerly Hospital 24,08 %.



**Pièce jointe 2**

**MESURES DE RECOUVREMENT EXTRAORDINAIRES**

**Droit de rétention sur bien immobilier**

Le droit de rétention sur la résidence principale est autorisé uniquement si :

- a) Le patient a eu la possibilité de demander des fonds pour des lits gratuits et n'a pas répondu, a refusé ou a été jugé inadmissible pour en bénéficier.
- b) Le patient n'a pas demandé ou n'a pas été jugé admissible à d'autres aides financières dans le cadre de la Politique d'aide financière du système, afin d'aider au paiement de sa dette ou a été jugé admissible en partie, mais n'a pas réglé la part dont il était responsable.
- c) Le patient n'a pas tenté de convenir ou n'a pas accepté un échéancier de paiement et ne respecte pas les échéanciers de paiement fixés par le système et le patient.
- d) Le total des soldes des comptes est supérieur à 10 000 \$ et le ou les biens immobiliers devant faire l'objet du droit de rétention ont une valeur estimée à 300 000 \$ minimum.
- e) Le droit de rétention n'entraînera pas la saisie d'une résidence principale.
- f) Pour les prestataires de soins de santé de New York, les droits de rétention sur les résidences personnelles ne sont pas autorisés.

**Pièce jointe 3**

**Langues disponibles pour les personnes dont la compétence en anglais est limitée**

|                              |
|------------------------------|
| <b>Albanais</b>              |
| <b>Arabe</b>                 |
| <b>Bengali</b>               |
| <b>Chinois simplifié</b>     |
| <b>Chinois traditionnel</b>  |
| <b>Dari</b>                  |
| <b>Français</b>              |
| <b>Grec</b>                  |
| <b>Gujarati</b>              |
| <b>Créole haïtien</b>        |
| <b>Hindi</b>                 |
| <b>Italien</b>               |
| <b>Coréen</b>                |
| <b>Lao</b>                   |
| <b>Pachto</b>                |
| <b>Polonais</b>              |
| <b>Portugais (brésilien)</b> |
| <b>Portugais (européen)</b>  |
| <b>Russe</b>                 |
| <b>Espagnol (É.-U.)</b>      |
| <b>Tagalog</b>               |
| <b>Turc</b>                  |
| <b>Ukrainien</b>             |
| <b>Urdu</b>                  |
| <b>Vietnamien</b>            |