

Demande d'assistance financière uniforme pour frais hospitaliers dans l'État de New York

Vous pourriez être admissible à une assistance financière pour frais hospitaliers pour payer vos factures si vous n'avez pas d'assurance, si votre assurance est épuisée, ou si vous avez une assurance maladie, mais que vous avez un justificatif de dépenses médicales payées totalisant plus de 10 % de votre revenu. Remplir ce formulaire démarrera votre demande d'assistance financière pour frais hospitaliers. Ce formulaire est utilisé par tous les hôpitaux dans l'État de New York.

Cette demande doit être imprimée dans les langues¹ maternelles parlées par les patients desservis par l'hôpital.

Nom du patient ou de la patiente (inclure les renseignements applicables)

Nom du patient ou de la patiente (prénom, second prénom, nom de famille)		
Date de naissance (jj/mm/aaaa)		
Adresse	Nº d'appartement	
Ville	État	Code postal
Nº de téléphone		
Nom du parent/du tuteur légal ou de la tutrice légale (si le patient ou la patiente est un(e) mineur(e) ou un(e) adulte ayant une incapacité)		
Adresse courriel (le cas échéant)		

Renseignements familiaux :

Veuillez énumérer ci-dessous tous les membres de la famille faisant partie de votre foyer. Votre foyer se compose de vous-même, de votre époux ou épouse ou partenaire domestique, et de tout enfant ou toute personne à charge. Par exemple, cela comprend toute personne énumérée sur la même déclaration de revenus.

Le revenu brut signifie votre revenu **avant** déduction d'impôts.

Le revenu brut peut comprendre les revenus du travail (traitements, salaires, pourboires, revenus découlant d'un travail indépendant), revenus ne provenant pas du travail (sécurité sociale, rente d'invalidité et prestations d'assurance-chômage), contributions (fonds provenant de la famille et des amis) et autres sources de revenus (assistance temporaire et allocation supplémentaire de sécurité du revenu).

¹ Les « langues maternelles » comprennent toute langue utilisée pour communiquer dans le cadre d'au moins 5 % des visites de patients par année ou toute langue parlée par plus de 1 % de la population dans la zone de service hospitalier principale, comme déterminé à l'aide des données démographiques disponibles auprès du Bureau du recensement des États-Unis (United States Bureau of the Census), complétées par des données provenant des systèmes scolaires.

Nom au complet	Relation	Revenu brut total (actuel)
	Moi-même	

L'hôpital peut demander que vous soumettiez de la documentation comme justificatif de revenus; des exemples de documents peuvent comprendre un bulletin de salaire, une lettre de votre employeur le cas échéant, ou un formulaire 1040.

Statut d'assurance maladie

Avez-vous une forme d'assurance maladie, notamment Medicaid, Medicare ou une assurance privée obtenue par le biais de votre employeur ou que vous avez contractée vous-même? Oui Non

Si vous répondez « Non », souhaitez-vous recevoir une assistance pour vous inscrire à l'un de ces programmes?

Oui Non

Patients sous-assurés : personnes avec une assurance et des dépenses médicales élevées. Si vous possédez une assurance, veuillez fournir une estimation des factures médicales que vous avez payées au cours des 12 derniers mois.

\$

L'hôpital peut demander que vous soumettiez de la documentation comme justificatif de dépenses médicales versées.

Patient ou patiente/partie responsable : Si vous n'êtes pas le patient ou la patiente, inscrivez le nom de la personne signant le formulaire et son pouvoir de signature au nom du patient ou de la patiente (p. ex., l'époux ou l'épouse, un parent, un représentant légal).

Je comprends que les informations que je soumets peuvent faire l'objet d'une vérification de sources externes. Je certifie qu'à ma connaissance, ces renseignements sont véridiques et complets.

Nom en caractères d'imprimerie	Date
Relation avec le patient ou la patiente	
Signature	

Admissibilité minimale et directives

Délais de demande, droits du patient ou de la patiente et confidentialité

- Vous pouvez effectuer une demande d'assistance financière à tout moment au cours du processus de recouvrement.
- Vous n'avez pas à effectuer de paiement à cet hôpital tant que vous n'avez pas reçu une décision concernant votre demande d'assistance financière. Les hôpitaux ne doivent pas transmettre de comptes pour recouvrement pendant que votre demande est en attente.
- Si votre demande d'assistance financière est refusée, vous avez le droit de faire appel. Vous trouverez les informations pour savoir comment le faire dans l'avis que l'hôpital vous enverra. Vous pourriez pouvoir faire appel du montant de votre assistance financière. L'hôpital inclura des informations expliquant comment faire appel dans leur lettre de décision.
- Les hôpitaux ne peuvent pas envoyer de factures impayées à une agence de recouvrement pendant au moins 180 jours après votre première facture.
- Les hôpitaux n'ont pas le droit d'intenter des actions en justice, notamment d'engager des poursuites judiciaires, pour recouvrer des factures médicales impayées pour les patients se situant à 400 % en dessous du seuil fédéral de pauvreté. Vous trouverez les directives concernant la pauvreté ici : <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Tous les renseignements fournis dans cette demande ne seront utilisés que par l'hôpital pour déterminer votre admissibilité à recevoir une assistance financière et ils resteront confidentiels dans les limites imposées par la loi.
- Un hôpital ne peut pas vous refuser des services médicaux nécessaires parce que vous avez une facture médicale impayée.
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir votre demande, veuillez contacter le bureau d'assistance financière.
 - Tisch Hospital and NYU Langone Orthopedic Hospital
(866) 486-9847
 - NYU Langone Hospital – Brooklyn and Family Health Centers at NYU Langone
(718) 630-6252
 - NYU Langone Hospital – Long Island
(516) 663-8373
 - NYU Langone Hospital – Suffolk
(631) 687-4653
- Si vous avez besoin d'assistance supplémentaire avec cette demande ou d'aide pour faire appel à cette décision, vous pouvez contacter Community Health Advocates : 888-614-5400.

Admissibilité

Rien ne limite la capacité d'un hôpital à établir l'admissibilité d'un patient à recevoir des réductions pour les niveaux de revenu supérieurs à ceux indiqués ci-dessous et/ou à offrir des réductions supérieures à celles exigées par le droit de la santé publique aux patients

admissibles. En outre, le statut d'immigrant ou d'immigrante ne doit pas représenter un critère d'admissibilité aux fins de la détermination de l'assistance financière.

Les personnes suivantes sont admissibles :

- Personnes à faible revenu sans assurance maladie; ou
- Personnes sans assurance (les frais médicaux non remboursés accumulés au cours des douze derniers mois s'élèvent à plus de dix pour cent du revenu annuel brut de cette personne); ou
- Ceux qui ont épuisé les avantages de leur assurance maladie et qui peuvent prouver une incapacité à payer les frais dans leur intégralité; ou
- À la discrétion de l'hôpital, les personnes qui peuvent prouver une incapacité à payer leur quote-part et/ou franchise peuvent faire une demande de paiement réduit.

Les personnes se situant jusqu'à 400 % du seuil fédéral de pauvreté sont admissibles à recevoir une assistance financière.

Seuils fédéraux de pauvreté (2024)			
Taille 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 \$

Mise à jour annuelle : <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Taux minimums de réduction

Si vous êtes admissibles à l'aide financière, vos frais seront réduits conformément à votre revenu sur une échelle mobile comme suit :

Niveau de revenu	Paiement
200 % en dessous du niveau fédéral de pauvreté	Tous frais annulés
200 % - 300 % du niveau fédéral de pauvreté	Patients sans assurance : Échelle mobile allant jusqu'à 10 % du montant qui aurait été versé pour le ou les service(s) par Medicaid. Patients sous-assurés : Jusqu'à 10 % maximum du montant qui aurait été versé en vertu du partage des coûts de l'assurance de ce patient.
301 % - 400 % du niveau fédéral de pauvreté	Patients sans assurance : Échelle mobile allant jusqu'à 20 % du montant qui aurait été versé pour le ou les service(s) par Medicaid. Patients sous-assurés : Jusqu'à 20 % maximum du montant qui aurait été versé en vertu du partage des coûts de l'assurance de ce patient.

Les hôpitaux peuvent choisir d'accorder des remises supérieures aux patients éligibles et/ou d'offrir des escomptes aux patients ayant des niveaux de revenus supérieurs.

Plan de paiements échelonnés

Des plans de paiements échelonnés sont disponibles pour les patients qui sont dans l'incapacité de payer le taux réduit en une seule fois. Les paiements mensuels ne peuvent excéder 5 % de votre revenu mensuel brut et le taux d'intérêt imposé au patient sur le solde impayé, le cas échéant, ne doit pas excéder 2 %.

Demande de justificatif du revenu du foyer

Veuillez comprendre les informations concernant le revenu pour le patient, son époux ou épouse et toute personne à charge (comme des enfants). Par exemple, cela pourrait inclure toute personne listée sur la même déclaration de revenus (déclarant, époux/épouse et personnes fiscalement à charge) dans le calcul du revenu du foyer.

Ce qui suit est une liste des documents que vous pouvez utiliser pour prouver votre revenu. Vous n'avez pas à fournir tous ces documents : Vous pouvez également fournir une déclaration de non-revenu du foyer si vous n'avez pas de revenu.

Vous pouvez également fournir la page de détermination d'éligibilité du marché NY State of Health. Si vous êtes en possession de ce document, vous n'avez pas à fournir à l'hôpital d'autres informations de revenu listées ci-dessous

<u>Si le foyer reçoit :</u>	<u>Montant par mois :</u>	<u>Le demandeur ou la demandeuse doit fournir :</u>
Salaires	\$	Veuillez fournir une fiche de paie, ou une lettre de l'employeur sur papier à en-tête de la société, signée et datée, ou la déclaration de revenus la plus récemment déposée.
Prestation de sécurité sociale	\$	Exemplaire de la lettre/du certificat d'octroi, ou correspondance de l'administration de la sécurité sociale des États-Unis (U.S. Social Security Administration), ou une lettre des prestations annuelles. Pour demander un exemplaire de votre lettre des prestations de la sécurité sociale,appelez le 1-800-772-1213 ou consultez www.ssa.gov .
Indemnité de chômage	\$	Exemplaire de la lettre/du certificat d'octroi, ou une déclaration des prestations mensuelles du Département du travail de l'État de New York (NYS Department of Labor), ou un exemplaire d'une carte de paiement direct sans imprimé, ou une correspondance du Département du travail de l'État de New York, ou un imprimé des informations de compte du bénéficiaire provenant du site web du Département du travail de l'État de New York (www.labor.state.ny.us).
Prestation d'invalidité	\$	Exemplaire de la lettre/du certificat d'octroi, ou correspondance de l'administration de la sécurité sociale, ou exemplaire d'une lettre des prestations annuelles. Pour demander un exemplaire de votre lettre des prestations,appelez le 1-800-772-1213 ou consultez www.ssa.gov .
Indemnisation des salariés	\$	Exemplaire de la lettre d'octroi ou du talon de chèque.
Pension alimentaire/ allocations pour enfant(s) à charge	\$	Exemplaire d'une ordonnance du tribunal, ou 3 mois de reçus/chèques encaissés.
Dividendes/intérêts	\$	Relevés trimestriels de dividendes ou relevés pour 1 mois.
Autres	\$	Lettre déclarant le montant des gains non salariaux (le cas échéant), comme revenu locatif, espèces ou petits boulots, etc.
Sans revenu	0 \$	Déclaration signée de non-revenus.