

## Résumé de la politique

### Obtenez de l'aide pour payer vos soins de santé.

Nous proposons un programme d'aide financière qui vous aide à payer vos soins.

### Qu'est-ce qu'un programme d'aide financière ?

Nous offrons une aide financière aux personnes qui n'ayant pas une couverture d'assurance. Nous offrons également une aide aux personnes qui ont une assurance mais dont les frais à leur charge sont trop élevés. Cette aide peut être utilisée pour des soins continus et des urgences. Les soins de santé doivent être médicalement nécessaires pour que l'aide soit approuvée.

### Qui peut bénéficier de l'aide financière ?

Pour être éligible :

- **L'éligibilité est basée sur le revenu** ; Veuillez consulter le formulaire de demande pour connaître les documents requis.
- **Vous devez être « résident de l'État de New York »**, que vous soyez étudiants, personne employée à New York, immigrant sans papiers, ou simplement vivant à New York sans logement stable. Mais, cette liste n'inclut pas les visiteurs ou les voyageurs, sauf en cas d'urgence médicale.
- **Votre revenu doit être inférieur au seuil établi.** Il existe différents plafonds de revenu pour les soins gratuits et les soins à faible coût. Consultez les tableaux ci-dessous.

## Plafonds de revenus

Trouvez votre taille de ménage et votre revenu dans les tableaux ci-dessous. Pour la plupart des personnes, la taille du ménage correspond aux personnes figurant sur votre déclaration de revenus. Si vous avez des revenus trop élevés pour bénéficier de soins gratuits, vous pourriez être éligible à des soins à faible coût.

## Soins gratuits

Vous pouvez bénéficier de **soins gratuits** (0 \$ à payer) si le revenu de votre ménage est inférieur à **250 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL)**. En 2025, votre revenu devra être inférieur à :

Taille du ménage	Revenu maximal
1 personne	39 125 \$
2 personnes	52 875 \$
3 personnes	66 625 \$
4 personnes	80 375 \$
5 personnes	94 125 \$
6 personnes	107 875 \$
7 personnes	121 625 \$
8 personnes	135 375 \$

## Soins à faible coût

Si le revenu de votre ménage est inférieur à **400 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL)**, vous pouvez bénéficier d'une réduction. En 2025, votre revenu devra être inférieur à :

Taille du ménage	Revenu maximal
1 personne	62 600 \$
2 personnes	84 600 \$
3 personnes	106 600 \$
4 personnes	128 600 \$
5 personnes	150 600 \$
6 personnes	172 600 \$
7 personnes	<b>184 600 \$</b>
8 personnes	216 600 \$

## Soins en cas de catastrophe

Renseignez-vous sur les soins en cas de catastrophe (blessures ou maladies graves), si vous devez payer une somme importante à l'hôpital, mais que votre revenu est trop élevé pour bénéficier de soins gratuits ou à faible coût. Ce type d'aide est disponible pour les patients ayant un solde supérieur à 20 % du revenu annuel de leur ménage. **Nous pouvons vous aider à déterminer si vous êtes éligible.**

*Pour plus d'informations, voir le verso*

## **Services couverts**

- Services médicaux d'urgence dans un service d'urgence
- Services d'urgence pour une affection qui, si elle n'est pas traitée rapidement, entraînerait une détérioration de l'état de santé
- Services facultatifs médicalement nécessaires

## **Services NON couverts**

- Soins esthétiques/plastiques
- Services liés à la fertilité / infertilité
- Soins non médicalement nécessaires
- Services de recherche/expérimentaux
- Soins aux patients internationaux, sauf si les services sont fournis dans un service d'urgence ; définis comme des visiteurs non résidents

## **Comment faire une demande**

Vous déposer votre demande avant ou après avoir bénéficié des soins médicaux. Toute demande survenant après les soins doit être déposée dans l'année suivant la réception de la première facture.

### **Suivez ces étapes :**

- 1. Obtenez un formulaire de demande gratuit.**
  - Dépôt physique : 8 Williams Street, Elizabethtown, NY 12932
  - En ligne : [Elizabethtown Community Hospital | Billing & Facturation et aide financière \(ech.org\)](http://ElizabethtownCommunityHospital.org/Billing&Facturation)
  - Tél. : Appelez le (518) 873-3139
- 2. Remplissez le formulaire. NE LAISSEZ AUCUNE section vide. Joignez les pièces justificatives indiquées sur le formulaire.**
- 3. Déposez ou envoyez-nous votre formulaire rempli.**
  - Déposez-le à l'adresse suivante : 8 Williams Street, Elizabethtown, NY 12932
  - Envoyez-le par courrier à l'adresse suivante :  
  
University of Vermont Health Network  
Financial Assistance Program  
Patient Access Department IDX 22052  
111 Colchester Avenue  
Burlington, VT 05401

## **Quelle est la prochaine étape ?**

Nous vous enverrons une correspondance dans les 30 jours suivants la réception. Elle vous indiquera si votre demande a été acceptée, refusée ou si vous devez fournir des informations supplémentaires.

En cas de refus de votre demande, vous pouvez faire appel de la décision. Les demandes d'appel doivent être envoyées par écrit au service d'aide financière aux patients dans les 60 jours suivant le refus de la demande et doivent mentionner le motif de l'appel.

## **Comment obtenir de l'aide pour remplir la demande**

- **Rendez-vous à notre bureau de conseil financier :**  
8 Williams St, Elizabethtown, NY 12932
- **APPELEZ:** (518) 873-3139

## **Assistance linguistique gratuite**

Nous offrons une aide gratuite aux personnes ayant des besoins en matière de communication ou de langue. Nous pouvons également aider celles et ceux qui ont besoin de recevoir ces informations sous une autre forme. Pour obtenir un interprète ou une aide à la traduction, veuillez appeler le (518) 873-3139.

## **Informations complémentaires**

### **Qui accepte l'aide financière ?**

Tous les prestataires ne sont pas couverts par notre politique d'aide financière. Consultez notre liste ici : <https://www.ech.org/data/files/ECH-Financial-Assistance-Program> Vous pouvez également nous poser des questions au sujet de votre médecin.

### **Lire la politique complète**

Ce document est un résumé en langage clair de notre politique d'aide financière. Notre politique complète est disponible ici : [ECH-Financial-Assistance-Summary-2024.pdf](http://ECH-Financial-Assistance-Summary-2024.pdf)

## **Non-discrimination**

Nous ne pratiquons aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le statut matrimonial, la religion, l'ascendance, l'origine nationale, la citoyenneté, le statut migratoire, la langue principale, le handicap, l'état de santé ou les informations génétiques.