

Demande uniforme d'aide financière hospitalière de l'État de New York (NYS)

Vous pourriez avoir droit à une aide financière hospitalière pour le règlement de vos factures médicales si vous n'êtes pas assuré(e), si votre couverture d'assurance est épuisée, ou si vous disposez d'une assurance maladie mais pouvez justifier de dépenses médicales payées représentant plus de 10 % de votre revenu. Le dépôt de ce formulaire permet d'initier votre demande d'aide financière hospitalière. Ce formulaire est utilisé par l'ensemble des hôpitaux de l'État de New York.

Ce formulaire de demande doit être imprimé dans les principales¹ langues parlées par les patients pris en charge par l'hôpital.

Renseignements sur le patient (veuillez remplir toutes les sections applicables)

Nom du patient (prénom, deuxième prénom, nom de famille)		
Date de naissance (mm/jj/aaaa)		
Adresse		Appartement / Unité n°
Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone		
Nom du parent, du tuteur ou du représentant légal (si le patient est un enfant mineur ou un adulte en situation d'incapacité)		
Adresse e-mail (le cas échéant)		

Renseignements sur le foyer familial :

Veuillez indiquer ci-dessous tous les membres de votre foyer. Votre foyer comprend vous-même, votre conjoint(e) ou partenaire, ainsi que vos enfants ou toute autre personne à charge. À titre d'exemple, cela inclut toutes les personnes figurant sur une même déclaration fiscale.

Le revenu brut correspond au revenu total **avant** toute déduction fiscale.

Le revenu brut peut inclure notamment les revenus d'emploi (salaires, traitements, pourboires, revenus d'un travail indépendant), les revenus non gagnés (prestations de sécurité sociale, d'invalidité ou de chômage), les contributions financières (aide reçue de membres de la famille ou d'amis) ou d'autres sources de revenus (aide temporaire, revenu de sécurité supplémentaire).

Nom complet	Lien avec le patient	Revenu brut total (actuel)
	Vous-même	

¹ Les « principales langues » désignent toute langue utilisée pour la communication lors d'au moins 5 % des consultations de patients au cours d'une année, ou de toute langue parlée par plus de 1 % de la population de la zone de services principale de l'hôpital, selon les données démographiques publiées par le Bureau du recensement des États-Unis et complétées par les données provenant des systèmes scolaires.

Nom complet	Lien avec le patient	Revenu brut total (actuel)

L'hôpital peut exiger la présentation de documents justificatifs attestant des revenus déclarés, tels qu'un bulletin de paie, une attestation de l'employeur (le cas échéant) ou le formulaire fiscal 1040.

Statut d'assurance maladie

Disposez-vous d'une quelconque assurance maladie, y compris Medicaid, Medicare ou une assurance privée fournie par votre employeur ou souscrite à titre individuel ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Non », souhaitez-vous obtenir de l'aide pour effectuer une demande d'adhésion à l'un de ces programmes ?

☐ Oui ☐ Non

Patients sous-assurés : personnes disposant d'une assurance mais supportant des frais médicaux élevés. Si vous êtes assuré(e), veuillez indiquer une estimation du montant des factures médicales que vous avez payées au cours des 12 derniers mois :

\$

L'hôpital peut demander des documents justificatifs confirmant les frais médicaux réglés.

Patient / Personne responsable : Si le signataire n'est pas le patient, veuillez indiquer le nom de la personne qui signe le formulaire ainsi que son autorité à agir au nom du patient (ex. : conjoint(e), parent, représentant légal).

Je reconnais que les renseignements fournis peuvent faire l'objet de vérifications auprès de sources externes. J'atteste que les informations communiquées sont exactes et complètes au meilleur de ma connaissance.

Nom du patient	Date :
Lien avec le patient	
Signature	

Conditions minimales d'admissibilité et lignes directrices

Délais de dépôt de la demande, droits des patients et confidentialité

- Une demande d'aide financière peut être présentée à tout moment durant le processus de recouvrement.
- Aucun paiement ne sera exigé par l'hôpital tant qu'une décision n'aura pas été rendue concernant votre demande d'aide financière. Pendant l'examen de votre demande, l'hôpital ne peut transmettre votre compte à un service de recouvrement.
- En cas de refus de l'aide financière, vous disposez d'un droit d'appel. Les modalités de la procédure d'appel seront précisées dans l'avis transmis par l'hôpital. Vous pouvez également, le cas échéant, contester le montant de l'aide financière accordée. Les renseignements relatifs à cette démarche figureront dans la lettre de décision.
- Les hôpitaux ne peuvent confier des factures impayées à une agence de recouvrement avant l'expiration d'un délai minimal de 180 jours suivant l'émission de la première facture.
- Les hôpitaux ne sont pas autorisés à engager des poursuites judiciaires, y compris le dépôt d'une action en justice, afin de recouvrer des factures médicales impayées auprès de patients dont le revenu est inférieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté. Les lignes directrices applicables peuvent être consultées à l'adresse suivante : <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Les renseignements fournis dans le cadre de cette demande sont utilisés exclusivement pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière et demeurent confidentiels, dans la mesure permise par la loi.
- Un hôpital ne peut refuser de fournir des soins médicalement nécessaires au motif qu'un patient présente une facture médicale impayée.
- Pour toute aide concernant le présent formulaire, veuillez communiquer avec le service d'aide financière du UVM Health Network au (802) 847-8000 ou au (800) 639-2719.
- Pour obtenir une assistance supplémentaire, y compris de l'aide pour interjeter appel d'une décision, vous pouvez contacter Community Health Advocates au 888-614-5400.

Admissibilité

Aucune disposition ne limite la capacité d'un hôpital à accorder des réductions de paiement à des patients dont le revenu dépasse les seuils indiqués ci-dessous ni à offrir des réductions plus avantageuses que celles exigées par la Loi sur la santé publique (Public Health Law). Le statut d'immigration ne constitue pas un critère d'admissibilité à l'aide financière.

Sont admissibles :

- les personnes à faible revenu ne disposant pas d'assurance maladie ;
- les personnes sous-assurées, c'est-à-dire celles dont les frais médicaux à leur charge accumulés au cours des douze derniers mois excèdent 10 % de leur revenu annuel brut ;
- les personnes ayant épuisé leurs prestations d'assurance maladie et pouvant démontrer leur incapacité à acquitter la totalité des frais ;
- à la discrétion de l'hôpital, les personnes pouvant démontrer une incapacité à payer leur quote-part et/ou leur franchise peuvent demander une réduction ou un tarif préférentiel.

Les personnes dont le revenu est égal ou inférieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté sont admissibles à l'aide financière.

Seuils fédéraux de pauvreté (2026)			
Taille du ménage	200 %	300 %	400 %
1 personne	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2 personnes	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3 personnes	\$54,640	\$68,300	\$109,280
4 personnes	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5 personnes	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6 personnes	\$88,720	\$133,080	\$177,440
7 personnes	\$100,080	\$150,120	\$200,160

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

Taux minimaux de réduction

Si vous êtes admissible à l'aide financière, le montant facturé sera ajusté en fonction de votre revenu, selon l'échelle progressive suivante :

Niveau de revenu	Paieement
Revenu inférieur à 200 % du seuil fédéral de pauvreté	Annulation complète de tous les frais
Revenu entre 200 % et 300 % du seuil fédéral de pauvreté	Patients non assurés : échelle progressive jusqu'à concurrence de 10 % du montant qui aurait été payé par Medicaid pour les services concernés. Patients sous-assurés : jusqu'à concurrence de 10 % du montant qui aurait été exigé au titre du partage des coûts prévu par l'assurance.
Revenu entre 301 % et 400 % du seuil fédéral de pauvreté	Patients non assurés : échelle progressive jusqu'à concurrence de 20 % du montant qui aurait été payé par Medicaid pour les services concernés. Patients sous-assurés : jusqu'à concurrence de 20 % du montant qui aurait été exigé au titre du partage des coûts prévu par l'assurance.

Plans de paiement échelonné

Des plans de paiement échelonné sont proposés aux patients qui ne sont pas en mesure de régler le montant réduit en un seul versement. Les paiements mensuels ne peuvent excéder 5 % du revenu mensuel brut. Le taux d'intérêt appliqué au solde impayé, le cas échéant, ne peut dépasser 2 %.

Demande de justificatifs de revenu du foyer

Veillez fournir les renseignements relatifs aux revenus du patient, de son conjoint ou de sa conjointe, ainsi que de toute personne à charge (notamment les enfants). Cela inclut, à titre d'exemple, toutes les personnes figurant sur une même déclaration de revenus dans le calcul du revenu du foyer.

Vous trouverez ci-après une liste de documents pouvant servir de justificatif de revenus. Il n'est pas nécessaire de fournir l'ensemble de ces documents. Si aucun revenu n'est perçu, une déclaration signée attestant l'absence de revenus du foyer peut être fournie.

Vous pouvez également transmettre la page de détermination d'admissibilité du NY State of Health Marketplace. Si ce document est fourni, aucun autre justificatif de revenu énuméré ci-dessous ne sera requis par l'hôpital.

<u>Sources de revenus :</u>	<u>Montant mensuel :</u>	<u>Documents acceptés :</u>
Salaires	\$	Un bulletin de paie, ou une lettre de l'employeur sur papier à en-tête de l'entreprise, signée et datée, ou la déclaration de revenus la plus récente.
Prestations de sécurité sociale	\$	Copie de la lettre ou du certificat d'attribution, ou correspondance de la U.S. Social Security Administration, ou lettre annuelle de prestations. Pour obtenir une copie de votre lettre de prestations, appelez le 1-800-772-1213 ou consultez www.ssa.gov .
Allocations de chômage	\$	Copie de la lettre ou du certificat d'attribution, ou relevé mensuel des prestations du New York State Department of Labor, ou copie de la carte de paiement direct accompagnée d'un relevé imprimé, ou correspondance du NYS Department of Labor, ou impression des renseignements du compte du bénéficiaire à partir du site www.labor.state.ny.us .
Prestations d'invalidité	\$	Copie de la lettre ou du certificat d'attribution, ou correspondance de la Social Security Administration, ou copie de la lettre annuelle de prestations. Pour obtenir une copie, appelez le 1-800-772-1213 ou consultez www.ssa.gov .
Indemnisation des accidents du travail	\$	Copie de la lettre d'attribution ou talon de chèque.
Pension alimentaire	\$	Copie de l'ordonnance du tribunal ou copies des chèques encaissés ou reçus des trois derniers mois.
Dividendes / intérêts	\$	Relevés trimestriels de dividendes ou relevés d'un mois.
Autres revenus	\$	Lettre précisant le montant des revenus non salariaux (le cas échéant), tels que revenus locatifs, petits travaux rémunérés, etc.
Aucun revenu	\$0	Déclaration signée attestant l'absence de revenus.