

Demande d'Aide Financière pour les Hôpitaux de l'État de New York

Vous pouvez avoir droit à une aide financière hospitalière/Charity Care pour payer vos factures médicales si vous n'êtes pas assuré, si votre assurance est épuisée ou si vous avez une assurance maladie mais que vous avez la preuve de frais médicaux payés totalisant plus de 10 % de votre revenu. En remplissant ce formulaire, vous lancerez votre demande d'aide financière hospitalière. Ce formulaire est utilisé par tous les hôpitaux de l'État de New York

Complétez toutes les informations applicables

Nom du patient (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)		
Date de Naissance		
Adresse		Appartement/Número de Unité :
Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone à la maison :		Numéro de portable :
Nom du parent/tuteur ou des représentants légaux (si le patient est un enfant mineur ou un adulte incapable)		
Adresse Électronique :		

Informations sur la Famille :

Veillez énumérer ci-dessous tous les membres de votre famille dans votre foyer. Votre ménage comprend vous-même, votre conjoint ou partenaire, ainsi que vos enfants ou autres personnes à charge. Par exemple, cela inclurait toutes les personnes mentionnées sur la même déclaration de revenus.

Le revenu brut désigne votre revenu avant déduction des impôts.

Le revenu brut peut être constitué de revenus du travail (salaires, traitements, pourboires, revenus d'un travail indépendant), de revenus non gagnés (sécurité sociale, prestations d'invalidité et de chômage), de cotisations (fonds provenant de la famille ou des amis) et d'autres sources de revenus (assistance temporaire et revenu de sécurité supplémentaire).

Nom et prénom	Relation	Revenu brut total

L'hôpital peut vous demander de soumettre des documents comme preuve de revenu ; des exemples de documents peuvent inclure un talon de paie, une lettre de votre employeur le cas échéant ou le formulaire 1040.

Statut d'assurance maladie

Avez-vous une forme quelconque d'assurance maladie, y compris Medicaid, Medicare ou une assurance privée par l'intermédiaire de votre employeur ou souscrite par vous-même ? Oui Non

Si vous avez répondu « Non », souhaiteriez-vous obtenir de l'aide pour postuler à l'un de ces programmes ?
 Oui Non

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

\$

L'hôpital peut vous demander de fournir des documents prouvant les frais médicaux payés.

Patient/Responsable : Si ce n'est pas le patient, indiquez le nom de la personne qui signe le formulaire et son autorité à signer au nom du patient (par exemple, conjoint, parent, représentant légal).

Je comprends que les informations que je soumetts peuvent être sujettes à vérification par une source externe. Je certifie que les informations sont vraies et complètes au meilleur de mes connaissances.

Nom d'Impression	Date
Patient/Relation avec le patient :	
Signature :	

Admissibilité minimale et directives Calendrier de candidature, droits des patients et confidentialité

- Vous pouvez demander une aide financière à tout moment au cours du processus de recouvrement.
- Vous n'avez aucun paiement à effectuer à cet hôpital jusqu'à ce que vous receviez une décision concernant votre demande d'aide financière. Vous n'avez aucun paiement à effectuer à cet hôpital jusqu'à ce que vous receviez une décision concernant votre demande d'aide financière.
- Si une aide financière vous est refusée, vous avez le droit de faire appel. Les informations sur la façon de procéder seront incluses dans l'avis de l'hôpital que vous recevrez. Vous pourriez avoir le droit de faire appel du montant de votre aide financière. L'hôpital inclura des informations sur la manière de faire appel dans sa 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.
- Il est interdit aux hôpitaux d'engager des poursuites judiciaires, y compris d'intenter des poursuites, pour recouvrer les factures médicales impayées des patients dont le revenu se situe en dessous de 400 % du seuil de pauvreté fédéral. Les lignes directrices sur la pauvreté peuvent être trouvées ici : <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Toutes les informations fournies dans cette demande ne seront utilisées par l'hôpital que pour déterminer votre admissibilité à l'aide financière et resteront confidentielles dans la mesure permise par la loi.
- Un hôpital ne peut pas vous refuser des services médicalement nécessaires parce que vous avez une facture médicale impayée.
- Si vous avez besoin d'aide pour cette demande, veuillez contacter **BronxCare Health Systems – Office of Financial Assistance/Charity Care (718) 466-7263 ou (718) 901-6986**
- Si vous avez besoin d'aide supplémentaire concernant cette demande ou si vous avez besoin d'aide pour faire appel d'une décision, vous pouvez contacter les défenseurs de la santé communautaire : 888-614-5400.

Admissibilité

Rien ne limite la capacité d'un hôpital à établir l'admissibilité des patients à des remises de paiement à des niveaux de revenu supérieurs à ceux spécifiés ci-dessous et/ou à offrir des remises de paiement plus importantes aux patients admissibles que celles requises par la loi sur la santé publique. De plus, le statut d'immigration ne doit pas être un critère d'admissibilité pour déterminer l'aide financière.

Niveau de revenu _____

Si vous êtes admissible à une aide financière, vos frais seront réduits en fonction de vos revenus selon un barème mobile comme suit :

En dessous de 200 % FPL (pour l'acronyme de Federal Poverty Levels en anglais) _____

Renoncer à tous les frais

200% - 300% FPL _____

Patients sous-assurés : Échelle mobile jusqu'à 10 % du montant qui aurait été payé pour le(s) service(s) par Medicaid.
Patients sous-assurés : Jusqu'à un maximum de 10 % du montant qui aurait été payé en vertu du partage des frais d'assurance de ce patient.

301% - 400% FPL _____

Patients sous-assurés : Échelle mobile jusqu'à 20 % du montant qui aurait été payé pour le(s) service(s) par Medicaid.
Patients sous-assurés : Jusqu'à un maximum de 20 % du montant qui aurait été payé en vertu du partage des frais d'assurance de ce patient.

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

Les hôpitaux peuvent choisir d'accorder des remises plus importantes aux patients éligibles et/ou d'offrir des remises de paiement aux patients ayant des revenus plus élevés.

Plans de paiement

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

Demande de preuve de revenu du ménage

Voici une liste de documents que vous pouvez utiliser pour prouver vos revenus. Vous n'êtes pas obligé de fournir tous ces documents. Vous pouvez également fournir une attestation d'absence de revenu familial si vous n'avez aucun revenu.

Vous pouvez également fournir la page de détermination de l'éligibilité du NY State of Health Marketplace.

Si vous disposez de ce document, vous n'avez pas à fournir à l'hôpital d'autres informations sur vos revenus énumérées ci-dessous.

Si le Ménage Reçoit :	Montant par Mois :	Le demandeur peut fournir :
Salaires	\$ _____	Veillez fournir un talon de chèque 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.
Paiement de la sécurité sociale	\$ _____	Copie de la lettre/certificat d'attribution, ou correspondance de l'Administration de la sécurité sociale des États-Unis, ou lettre de prestation annuelle. Pour demander une copie de votre lettre de prestation de sécurité sociale, appelez le 1-800-772-1213 ou visitez www.ssa.gov .
Indemnisation du Chômage	\$ _____	Copie de la lettre/certificat d'attribution, ou relevé mensuel des prestations du Département du Travail de l'État de New York, ou copie de la carte de paiement direct avec impression, ou correspondance du Département du Travail de l'État de New York, ou impression des informations de compte du bénéficiaire à partir du site Web du Département du Travail de l'État de New York (www.labor.state.ny.us).
Paiement d'Invalidité	\$ _____	Copie de la lettre/certificat d'attribution, ou correspondance de l'administration de la sécurité sociale, ou copie de la lettre de prestation annuelle. Pour demander une copie de votre lettre de prestation de sécurité sociale, appelez le 1-800-772-1213 ou visitez www.ssa.gov .
Indemnisation des accidents du travail	\$ _____	Copie de la lettre d'attribution ou du talon de chèque.
Pension alimentaire	\$ _____	Copie de l'ordonnance du tribunal ou 3 mois de chèques/reçus encaissés.
Dividendes/Intérêts	\$ _____	Relevés de dividendes trimestriels ou relevés mensuels.
Autre	\$ _____	Lettre indiquant le montant des revenus non salariaux (le cas échéant), tels que les revenus locatifs, les espèces pour les petits boulots, etc.
Aucun revenu	\$ <u>0</u> _____	Déclaration signée d'absence de revenu.