

Vous remplissez peut-être les critères pour une aide financière

L'aide financière aide à prendre en charge les factures médicales pour les patients du système de Yale New Haven Hospital (YNHH) qui ne peuvent pas se permettre de payer.

Qui entre dans les critères?

- Revenu faible ou inexistant
- Aucune assurance maladie ou assurance limitée
- **Les demandes des non-citoyens sont les bienvenues**

Où cela s'applique-t-il?

- Le système de Yale New Haven Hospital (YNHH)
- Cela ne fonctionne nulle part ailleurs

Quel est le processus?

- Remplir une demande du Financial Assistance Program (FAP)
- Vous pouvez le faire vous-même, ou nous pouvons vous aider lors d'un rendez-vous avec HAVEN Free Clinic
- Fournir **une preuve de revenu**

Comment fournir une preuve de revenu?

- **Si vous êtes payé par chèque ou fiche de paie, fournissez-en deux datant des six derniers mois**
- **OU** si vous êtes payés **en espèces**, fournissez une lettre de soutien venant de votre employeur.
 - **Les modèles de lettre se trouvent à la deuxième page.**
- **OU** si vous êtes **sans emploi**, fournissez une lettre de soutien venant de **la personne qui vous soutient financièrement**
- Pour envoyer la preuve de revenu:
Envoyez des photos par e-mail: hfc.billing@yale.edu
OU venez à la clinique **en personne** pour déposer la preuve de revenu **le samedi de 8h30 à 13h00**

Pour toute question, appelez-nous au 203-200-0673.

Modèles de lettre de soutien

- *Lettre rédigée par l'employeur:*

[En-tête]

[Date]

À qui de droit,

Cette lettre a pour objet de confirmer que **[NOM COMPLET DU PATIENT]** est employé(e) par **[NOM COMPLET DE L'EMPLOYEUR]**. **[NOM COMPLET DU PATIENT]** occupe le poste de **[BRÈVE DESCRIPTION DU POSTE]** et reçoit un salaire de **[MONTANT EN DOLLARS]** payé **[hebdomadairement / aux deux semaines / mensuellement]**, en espèces. Si vous avez des questions ou avez besoin de renseignements supplémentaires, n'hésitez pas à me contacter au **[NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR]**.

Cordialement,

[NOM COMPLET DE L'EMPLOYEUR], [SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR]

- *Lettre rédigée par le soutien financier:*

[ADRESSE DU SOUTIEN]

[Date]

À qui de droit,

Je soussigné(e), **[NOM COMPLET DU SOUTIEN]**, suis le/la **[LIEN DE PARENTÉ AVEC LE PATIENT]** de **[NOM COMPLET DU PATIENT]**. Je fournis actuellement un soutien financier à **[NOM COMPLET DU PATIENT]** d'un montant de **[MONTANT EN DOLLARS]** **[hebdomadaire/bimensuel/mensuel]** afin de subvenir aux besoins en nourriture et en logement de **[NOM COMPLET DU PATIENT (et NOMS COMPLETS DES ENFANTS, le cas échéant)]**. Je fournis ce soutien parce que **[RAISON DÉTAILLÉE DU SOUTIEN FINANCIER]**. Si vous avez des questions, vous pouvez me joindre au **[NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU SOUTIEN]**.

Cordialement,

[NOM COMPLET DU SOUTIEN], [SIGNATURE DU SOUTIEN]

Formulaire de demande des programmes d'aide financière

Yale New Haven Health utilise un formulaire de demande unique pour la plupart des programmes d'aide financière. En remplissant ce formulaire de demande, vous serez pris(e) en considération dans le cadre de nos programmes de soins gratuits, à tarif réduit (Free Care and Discounted Care programs) et de fonds affectés aux lits hospitaliers. Pour des explications sur les modalités de demande d'aide financière, veuillez consulter la page 2. Pour des questions à propos de ce formulaire de demande, veuillez appeler le **855 547 4584**.



1. Informations sur le/la patient(e) :

Nom _____		Prénom _____	Date de naissance _____
Adresse postale _____		Numéro de téléphone _____	
Ville _____	État _____	Code postal _____	Numéro de dossier médical (le cas échéant) _____

2. Informations sur le foyer :

Inscrivez le nom de votre conjoint(e) et/ou de tous les enfants à charge résidant dans votre foyer. N'incluez pas le nom de votre partenaire non marié(e). Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre un document distinct.

Nom du membre de la famille	Lien de parenté avec le (la) demandeur(euse)	Date de naissance

3. Informations financières :

Incluez toutes les sources de revenus pour vous et votre conjoint(e). N'oubliez pas de joindre un justificatif de revenus à votre demande. Un justificatif de revenus est un document qui indique les revenus gagnés par votre foyer au moment où vous remplissez la demande. Reportez-vous au tableau de la page 2 pour les types de documents pouvant être utilisés comme justificatifs de revenus.

Revenu	Patient(e) Précisez le montant Entourez une réponse : par semaine, toutes les deux semaines, par mois	Conjoint(e) Précisez le montant Entourez une réponse : par semaine, toutes les deux semaines, par mois
Salaires/revenus bruts (avant impôts)		
À la charge d'une autre personne		
Pension alimentaire pour les enfants/pension alimentaire perçue		
Pension d'invalidité		
Prestations de retraite		
Revenus locatifs perçus		
Revenus d'une activité indépendante ou agricole		
Allocations de Sécurité sociale / SSI		
Fonds fiduciaire / héritage		
Indemnités de chômage		
Indemnités pour accident du travail		
REVENU TOTAL		
AUTRE		
Actifs liquides (biens qui peuvent être vendus rapidement, sans perte de valeur. Par exemple, des liquidités, de l'or ou des titres négociables)		

4. Assurance maladie :

Êtes-vous couvert(e) par une assurance maladie, y compris Medicare ou Medicaid, ou par une protection d'un autre pays ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, veuillez indiquer les informations relatives à votre assurance ci-dessous :

Souscripteur :	Assureur :	N° de contrat :
Souscripteur :	Assureur :	N° de contrat :

4a. Votre employeur cotise-t-il à un compte épargne santé (Health Saving Account, HSA) pour contribuer à vos frais médicaux ?

☐ OUI ☐ NON

5. Veuillez lire attentivement avant de signer :

En apposant ma signature ci-dessous, j'atteste que tout ce que j'ai affirmé sur le présent formulaire de demande et toute pièce jointe à celle-ci est véridique.

- ☐ Je comprends que des informations inexactes, incomplètes ou mensongères fournies dans le présent formulaire peuvent donner lieu au rejet de ma demande d'aide financière.
- ☐ J'autorise Yale New Haven Health à vérifier toutes les informations.
- ☐ J'autorise Yale New Haven Health à demander un rapport de solvabilité me concernant.
- ☐ Je m'engage à rembourser l'intégralité du montant de l'aide financière qui m'est octroyée si je perçois un versement, quel que soit son type, notamment les dommages-intérêts accordés à la suite d'un procès, au titre des actes visés par la présente demande.
- ☐ Je m'engage à informer Yale New Haven Health de tout changement pouvant modifier mon admissibilité à l'aide financière.
- ☐ Je comprends que dans le cadre de ma demande d'aide financière, Yale New Haven Health puisse devoir communiquer des données de santé protégées (au sens de la règle de confidentialité de la loi sur la responsabilité et la transférabilité de l'assurance maladie [HIPAA], 42 C.F.R. parties 160 à 164) me concernant afin de déterminer mon admissibilité.
- ☐ Je comprends qu'une telle divulgation interviendra à des fins de règlement, conformément à la définition de la confidentialité par l'HIPAA.

Signature du (de la) demandeur(euse) ou tuteur(trice) légal(e)

Date (MM/JJ/AAAA)

Nom en caractères d'imprimerie du (de la) demandeur(euse) ou du (de la) tuteur(trice) légal(e)

N'oubliez pas de joindre un justificatif de revenus ou une lettre d'appui à votre demande d'aide financière.

Envoyez les demandes dûment remplies à l'adresse postale suivante :

Yale New Haven Health
SBO, Attn: Financial Assistance
PO BOX 1403,
New Haven, CT 06505