

ASSISTANCE FINANCIÈRE

RÉDIGÉE PAR : Tara Pizzi , Manager Financial Counseling, CNE	PAGE : 1 sur 12	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 1 ^{er} octobre 2024	NUMÉRO DE LA POLITIQUE : CNE – FIN – 102
	RÉVISÉ PAR : Andrew Burke, Finance Director CNE	RÉVISÉ PAR : Krysten Blanchette, VP Revenue Cycle CNE	APPROUVÉ PAR : Todd Conklin, EVP, Chief Financial Officer CNE

- I. **Objet.** La présente politique d'aide financière (FAP) a pour but de garantir que Care New England (ci-après dénommé CNE) respecte les normes établies par l'État du Rhode Island et les agences fédérales pour la prestation de soins de charité et la section § 501(r) de l'Internal Revenue Code. L'aide financière vise à garantir que tous les patients bénéficient des services d'urgence essentiels et des autres services de santé médicalement nécessaires fournis par le CNE, quelle que soit leur capacité à payer. À cette fin, le CNE aidera les personnes qui n'ont pas la capacité de payer les frais tels qu'ils sont déterminés par les critères d'éligibilité du CNE et tiendra compte la capacité de chaque personne à contribuer au coût de ses soins. L'aide financière du CNE n'est pas destinée à se substituer aux programmes d'assistance ou d'assurance parrainés par l'employeur, achetés à titre privé, relevant de la responsabilité civile, financés par l'État ou le gouvernement fédéral.
- II. **Portée.** La présente politique s'applique au Care New England (**CNE**) et à tous les hôpitaux de Care New England, ainsi qu'aux entités spécifiées telles que définies ci-dessous :
- a. Butler Hospital
 - b. Kent Hospital
 - c. Women & Infants Hospital
 - d. The Providence Center**
 - e. VNA of Care New England
 - f. Butler Hospital Allied Medical Services, LLC
 - g. Kent Ancillary Services, LLC
 - h. W&I Ancillary Services, LLC
 - i. W&I Health Care Alliance, LLC
 - j. Affinity Physicians, LLC
 - k. Faculty Physicians Incorporated, LLC

Une liste de prestataires supplémentaires qui choisissent de suivre le plan d'assistance financière du CNE ainsi que des prestataires qui n'y participent pas (Prestataires participants et non participants) est définie dans le document 1.

** The Providence Center (TPC) est inclus en tant qu'entité du CNE dans cette politique, mais il dispose également d'une politique décrivant les conditions spécifiques d'application en tant que centre de santé mentale communautaire (TPC-FIN-103).

- III. **Politique.** Tous les patients recevront un traitement pour tous les services de santé urgents et médicalement nécessaires, quelle que soit leur capacité à payer, comme le prévoit la politique en matière de traitement médical d'urgence et de travail actif (EMTALA). Des copies de cette politique peuvent être obtenues gratuitement en appelant le service de conformité du CNE au (401) 277-3660.
- a. La décision d'accorder une aide financière est fondée uniquement sur la situation financière du demandeur, telle qu'elle ressort des critères d'éligibilité prédéterminés, et sera accordée à tous les patients remplissant les conditions requises, sans distinction de race, de couleur, de religion, d'âge, d'origine nationale, de situation matrimoniale, ou de statut légalement protégé. La présente politique sera appliquée uniformément à tous les patients qui n'ont pas d'assurance ou qui ont une assurance maladie inadéquate.
 - b. Les patients peuvent bénéficier d'une aide financière pour les soins de santé urgents et médicalement nécessaires. Les services de santé médicalement nécessaires sont définis comme des services hospitaliers raisonnablement requis pour établir un diagnostic, corriger, guérir, soulager ou empêcher l'aggravation d'états qui mettent la vie en danger ou causent des souffrances ou des douleurs, ou entraînent une maladie ou une infirmité, ou menacent de causer ou d'aggraver un handicap, ou causent une déformation ou un dysfonctionnement physique, et qu'il n'existe pas d'autre traitement aussi efficace, plus conservateur ou substantiellement moins coûteux disponible ou adapté à la personne qui demande le service.
 - c. Les patients qui ont droit aux soins caritatifs du CNE peuvent bénéficier d'une couverture d'ordonnance gratuite ou à prix réduit. La prescription doit être conforme et liée aux soins fournis par une entité couverte par le CNE 340B (hôpitaux de soins aigus au sein du système Care New England). Lorsque les éléments de la définition du patient 340B (telle que définie par la HRSA) sont réunis, un médicament 340B peut être utilisé.
- IV. **Définitions.** Les termes en majuscules qui ne sont pas définis ci-dessous, mais qui sont utilisés dans la présente politique ont la signification qui leur est attribuée dans la présente politique.
- a. *Montants généralement facturés (AGB)* : Conformément à l'article 501(r)(5) de l'Internal Revenue Code (« IRC »), dans le cas de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires, les montants généralement facturés pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires à des personnes qui ont une assurance couvrant ces soins.
 - b. *Pourcentage des montants généralement facturés* : Pourcentage des frais bruts qu'un établissement hospitalier utilise pour déterminer l'AGB pour tout soin d'urgence ou autre soin médicalement nécessaire qu'il fournit à une personne qui a droit à une aide au titre de la présente FAP.

- c. *Période de demande* : Période pendant laquelle une personne peut demander une aide financière. Pour satisfaire aux critères énoncés à l'article 501(r)(6) de l'IRC, le CNE accorde aux personnes jusqu'à 240 jours à compter de la date à laquelle elles reçoivent le premier relevé de facturation après la sortie pour demander une aide financière.
- d. *Critères d'éligibilité* : Les critères énoncés dans le présent PAP (et étayés par une procédure) utilisés pour déterminer si un patient remplit ou non les conditions requises pour bénéficier d'une aide financière.
- e. *Conditions médicales d'urgence* : Défini au sens de l'article 1867 de la loi sur la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd).
- f. *Actions de recouvrement extraordinaires (ECA)* : Comprend l'une des mesures suivantes prises par le CNE à l'encontre d'une personne en vue d'obtenir le paiement d'une facture pour des soins couverts par la présente politique d'aide financière. Les ECA comprennent, sans s'y limiter, les actions qui nécessitent une procédure légale ou judiciaire, la communication d'informations défavorables aux agences d'évaluation du crédit à la consommation ou aux bureaux de crédit, la mise en place d'un privilège et/ou la saisie d'un bien immobilier, la saisie d'un compte bancaire ou la saisie-arrêt d'un salaire, et le report, le refus ou l'exigence d'un paiement avant la prestation de soins médicaux non urgents en raison du non-paiement d'une dette pour des soins précédemment fournis et couverts par la Police.
- g. *Famille* : Selon la définition du Census Bureau, il s'agit d'un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont liées par la naissance, le mariage, l'union civile ou l'adoption.
- h. *Revenu familial* : Le revenu familial est déterminé à l'aide de la définition du Census Bureau, qui utilise les revenus suivants pour calculer les lignes directrices en matière de pauvreté :
 - i. Revenus salariaux, indemnités de chômage, indemnités pour accident du travail, sécurité sociale, revenu de sécurité supplémentaire, aide publique, allocations aux anciens combattants, prestations de survivant, pensions ou revenus de retraite, intérêts, dividendes, loyers, redevances, revenus de successions, trusts, aides à l'éducation, pensions alimentaires, allocations familiales, aides extérieures au ménage et autres ressources diverses.
- i. *Éligibilité à la FAP* : Les personnes qui peuvent bénéficier d'une aide financière totale ou partielle au titre de la présente politique.
- j. *Lignes directrices fédérales sur le seuil de pauvreté* : Les lignes directrices fédérales sur le seuil de pauvreté (« FPL ») sont établies chaque année par le ministère de la Santé et des services sociaux des États-Unis et sont utilisées dans le cadre de la présente FAP pour déterminer l'éligibilité financière.
- k. *Aide financière* : Services de santé gratuits ou à prix réduit offerts aux personnes qui ne sont pas en mesure de payer tout ou partie de leurs services médicaux.
- l. *Charges brutes* : Le prix total établi pour les soins médicaux qui est facturé de manière cohérente et uniforme aux patients avant l'application de toutes les indemnités, remises ou déductions contractuelles.
- m. *Résumé en termes clairs et simples (« PLS »)* : Une déclaration écrite qui notifie à une personne que le CNE offre une aide financière dans le cadre de la présente PAP et qui fournit des informations supplémentaires d'une manière claire, concise et facile à comprendre.
- n. *Sous-assuré* : Une personne qui dispose d'un certain niveau d'assurance ou d'une couverture par un tiers, mais dont les frais de santé dépassent ses capacités

financières. La sous-assurance comprend, sans s'y limiter, les franchises, les coassurances, les quotes-parts, les prestations épuisées et les plafonds de prestations à vie.

- o. *Non assuré* : Une personne qui n'a aucun niveau d'assurance ou de couverture par un tiers, y compris Medicare, Medicaid ou tout autre programme d'assurance gouvernemental ou commercial, pour l'aider à payer les services de santé.
- p. *Services non couverts* : Services qui ne sont pas couverts par les prestations ou le régime d'assurance du patient et qui ne seront donc pas pris en charge par le régime d'assurance du patient.

V. Procédure.

- a. Les patients qui ne disposent pas d'assurance maladie ou qui ont une couverture d'assurance maladie insuffisante sont éligibles au programme. Pour bénéficier d'une aide financière au titre de la politique d'aide financière, le patient ou son représentant légal doit soumettre une demande d'aide financière complète (y compris les documents/informations)(Document 2) et doit coopérer avec le CNE en fournissant les informations et les documents nécessaires pour solliciter d'autres ressources financières existantes susceptibles d'être disponibles pour payer ses soins de santé, telles que Medicare, Medicaid, Rlticare, la responsabilité civile, etc.
- b. La politique d'aide financière du CNE, le résumé en termes clairs et simples (PLS), le formulaire de demande et les documents requis sont disponibles sur le site web du CNE : www.carenewengland.org. En outre, les personnes peuvent, demander gratuitement des documents par courrier, en appelant le (401) 921-7200.
- c. En outre, le CNE fera connaître ce plan d'action et le PLS dans les entités qu'elle dessert. L'aide financière peut être obtenue de la manière suivante :
 - i. Les patients ou leurs représentants peuvent demander une aide financière
 - ii. Les employés du CNE peuvent orienter les patients ou leurs représentants
 - iii. Les médecins traitants peuvent envoyer des patients ou leur représentant
- d. Une aide financière complète sera accordée aux patients dont le revenu familial brut est inférieur ou égal à 200 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL), ajusté à la taille de la famille, à condition que ces patients ne soient pas éligibles à une autre couverture médicale privée ou publique et qu'ils ne dépassent pas le seuil de protection des actifs. Dans les cas où le patient ou le garant remplit les conditions requises pour bénéficier de l'aide financière en vertu du critère de revenu, mais ne remplit pas le critère de patrimoine, le CNE accordera le rabais le plus élevé offert dans le cadre de l'échelle mobile. La responsabilité maximale du patient/du garant correspondra aux actifs réels moins les seuils d'actifs applicables ou les limites maximales du plafond telles que définies par Rhode Island et les réglementations fédérales, y compris l'article 501(r) de l'IRS, selon ce qui est le moins élevé (document 3).
- e. Les patients dont le revenu brut se situe entre 201 % et 300 % du FPL et qui ne dépassent pas le seuil de protection des actifs peuvent également bénéficier d'une aide financière pour une partie de la facture médicale, sur la base d'un barème dégressif (Document 3). La responsabilité financière du patient est soumise aux limites maximales définies par l'État de Rhode Island et les réglementations fédérales, y compris l'article 501(r) de l'IRS, ou fixées périodiquement par le CNE. La responsabilité maximale imputée au patient/au garant ne dépassera pas le montant le moins élevé entre l'AGB, la loi de l'État ou

tout autre critère fixé par le CNE. Les informations relatives aux limites fixées par la CNE ainsi que l'échelle mobile peuvent être obtenues gratuitement en appelant le service clientèle du CNE au (401) 921-7200.

- f. Le CNE suivra les procédures de recouvrement établies pour obtenir le paiement des personnes ayant une obligation financière après application du barème dégressif, comme indiqué dans la politique de facturation et de recouvrement du CNE. Les patients non assurés seront informés de l'existence d'une aide financière à leur sortie de l'hôpital. Tous les patients, qu'ils soient assurés ou non, seront également informés du plan d'action par le biais du processus de facturation des patients pendant 120 jours après le premier relevé de facturation des soins après la sortie (« période de notification »). En outre, les personnes peuvent demander des documents d'aide financière par courrier, en appelant le (401) 921-7200, ou en personne dans n'importe quel établissement de l'hôpital CNE.
- g. Pour pouvoir bénéficier d'une aide financière totale ou partielle, les liquidités maximales (à l'exclusion de la résidence principale et de l'automobile personnelle) ne doivent pas dépasser les seuils indiqués dans l'échelle mobile pour les personnes et les unités familiales et augmentés chaque année en fonction de l'indice des prix à la consommation le plus récent. Dans le cas où ces seuils empêcheraient une personne d'être éligible pour le(s) programme(s) d'assistance médicale du Rhode Island, le CNE remplacera ces seuils par ceux utilisés par le(s) programme(s) d'assistance médicale du Rhode Island. Les seuils de l'assistance médicale du Rhode Island peuvent être consultés en ligne à l'adresse suivante : <http://medicaid4you.com/eligibility-requirements>.
 - i. Une unité familiale, selon la définition du Census Bureau, est un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont liées par la naissance, le mariage, l'union civile ou l'adoption.
 - ii. Le montant ou le pourcentage des frais totaux perçus sur la partie privée sera égal ou inférieur au montant généralement facturé (AGB) (**Document 4**) tel que défini : Conformément à l'article 501(r)(5) de l'Internal Revenue Code (« IRC »), dans le cas de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires, les montants généralement facturés pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires à des personnes qui ont une assurance couvrant ces soins.
 - iii. Si le CNE reçoit une demande FAP incomplète, il envoie à l'intéressé un avis écrit décrivant les informations ou documents supplémentaires nécessaires pour prendre une décision d'éligibilité au FAP, ainsi que le résumé en termes clairs et simples (PLS), et lui donne 30 jours pour fournir les informations. Le CNE suspendra également toute demande d'ECA pour obtenir le paiement des soins pendant cette période. Les personnes recevront un numéro de téléphone à appeler pour toute question concernant les informations ou les documents supplémentaires requis. Les exigences en matière de documentation sont décrites dans le document 5.
 - iv. Les exceptions qui dépassent les prestations standard de la politique doivent être approuvées par le vice-président de la gestion du cycle des revenus ou son représentant.
- h. Le patient/garant peut faire une requête d'un refus d'éligibilité à l'aide financière en fournissant une vérification supplémentaire des revenus ou de la taille de la famille dans les trente (30) jours suivant la réception de la notification de refus. Toutes les requêtes seront examinées par le vice-président de la gestion du cycle des revenus ou par la personne qu'il aura désignée, qui prendra la décision finale.

Selon la définition du CNE, une requête doit être examinée par un niveau de gestion supérieur d'au moins un grade à celui de l'examineur initial. Une demande de requête doit être traitée dans les 30 jours suivant la réception de la demande de requête. Une notification écrite des résultats de la requête doit être fournie au patient/garant.

- i. Somme recouvrée : Le montant ou le pourcentage des frais totaux perçus sur la partie privée ne sera pas supérieur au montant généralement facturé (AGB) tel que défini dans la réglementation IRS § 501(r)(5).
- j. Si un patient n'est pas assuré et remplit les critères pour bénéficier d'une réduction pour non-assurance telle que définie dans la politique de crédit du CNE, la responsabilité maximale facturée au patient/au garant ne dépassera pas le moindre des critères suivants : AGB, loi de l'État ou tout autre critère défini par le CNE.
 - i. Programmes de réduction :
 1. Remise au profit de la collectivité : Tous les patients non assurés bénéficient d'une réduction de 65 % pour les services médicalement nécessaires, quelle que soit leur capacité de paiement.
 2. Escompte pour paiement anticipé : Tous les patients non assurés peuvent bénéficier d'une réduction de 70 % pour le paiement de la responsabilité attendue avant ou à la date du service. Cette réduction s'appliquera à toute responsabilité supplémentaire imprévue, à condition que le patient effectue le paiement intégral dans les trente (30) jours suivant la facturation finale. Dans le cas où le paiement de la responsabilité attendue dépasse la responsabilité, le CNE remboursera le patient au plus tard 30 jours après la finalisation des charges.
 3. Escompte pour paiement rapide : Tous les patients non assurés qui ne bénéficient pas déjà de la réduction pour paiement anticipé peuvent bénéficier d'une réduction de 10 % sur leur solde, à condition que le patient effectue le paiement intégral dans les trente (30) jours suivant la date de la facture finale.
- k. Le CNE se réserve le droit de révoquer l'aide financière s'il estime qu'un patient a sciemment fait de fausses déclarations concernant sa situation financière, le nombre de personnes à charge ou toute autre information nécessaire pour déterminer la situation financière aux fins de la présente politique.
- l. L'« Avis d'aide financière hospitalière » sera disponible sur les sites web du CNE, sur les factures des patients et sur demande. Il sera également affiché dans les services d'urgence, les halls principaux, les bureaux et les zones d'admission et d'enregistrement du CNE.
- m. Les critères d'éligibilité à l'aide financière doivent être disponibles dans d'autres langues, conformément aux « Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care » (Standards 4 & 7, basés sur le Titre VI du Civil Rights Act de 1964). Ils doivent être approuvés par le directeur et mis à la disposition de toutes les personnes qui en font la demande. Le CNE s'efforcera de veiller à ce que les politiques soient clairement communiquées aux patients dont la langue principale est une langue autre que celles déjà fournies. Des services de traduction peuvent être fournis sur demande.

APPROBATION/RÉVISION :

Version initiale de la Politique approuvée le 03/05/2018 –

Révision approuvée – 01/10/2020

Révision approuvée – 21/06/2021

Révision approuvée – 01/10/2021

Révision approuvée 01/10/2022

Révision approuvée 01/12/2023

REPLACE :

Finances 1

Politique d'assistance financière

DOCUMENT 1

Prestataires participants	Prestataires non participants
Baxter, Kelly MD	Atlantic Pediatrics
Bower, Jonathan MD	Correira, David MD
Cabral, Lisa MD	Delvecchio, Jane-Joseph
Erinakes, Christina MD – Tollgate OBGYN	Leonard, Polly MD
Gallucci, Robert MD	Segal, Leonard MD
Hamid, Rabia MD – RI Eye Institute	South County Hospital
Koster, Michael MD – Pediatrics Infectious Diseases	Williams, Elena MD
Mancini, T MD	
Prompt, Patricia MD	
Silva, Monica MD- Hasbro Children's Hospital Gastroenterology	
Kent Radiation	

Politique d'assistance financière

DOCUMENT 2

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE HOSPITALIÈRE - NON ASSURÉS

Toute approbation de cette demande est temporaire et expire 12 mois après la date d'approbation

Hôpital : <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> The Providence Center <input type="checkbox"/> Women & Infants		Date :		
Patient :		Garant/conjoint :		
N° MR :		N° MR :		
Date de naissance :		N° sécurité sociale (le cas échéant) :		
N° sécurité sociale (le cas échéant) :		Téléphone :		
Téléphone :		Téléphone bureau :		
Téléphone bureau :		Relation avec le patient :		
Adresse personnelle :		Adresse :		
Profession & employeur :				
Adresse de l'employeur :				
Langue : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Non anglais				
Ethnie : <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Non hispanique <input type="checkbox"/> Ethnie non identifiée				
Race : <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Amérindien/Autochtone d'Alaska <input type="checkbox"/> Noir/Africain-Américain				
<input type="checkbox"/> Natifs d'Hawaï/Îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Autres races ou races multiples <input type="checkbox"/> Race non identifiée				
Veillez fournir les informations suivantes pour TOUS les membres de l'unité familiale, SAUF, le patient ou le garant.				
Nom & relation avec le patient :		N° SS (le cas échéant) :	Date de naissance :	N° MR :
Employeur, Téléphone & Adresse :		Adresse personnelle :		
Nom & relation avec le patient :		N° SS (le cas échéant) :	Date de naissance :	N° MR :
Employeur, Téléphone & Adresse :		Adresse personnelle :		
Nom & relation avec le patient :		N° SS (le cas échéant) :	Date de naissance :	N° MR :
Employeur, Téléphone & Adresse :		Adresse personnelle :		
Nom & relation avec le patient :		N° SS (le cas échéant) :	Date de naissance :	N° MR :
Employeur, Téléphone & Adresse :		Adresse personnelle :		

REVENU MENSUEL	AMT	ACTIFS	AMT	DÉPENSES/PASSIFS MENSUELS	AMT
Salaire & gages du patient		Épargnes		Paiement hypothèque ou loyer	
Salaire & gages du conjoint		Compte chèque		Solde courant	
Salaire & gages du garant		Certificats de dépôts (CD)		Impôts fonciers s'ils ne sont pas inclus dans le paiement de l'hypothèque	
Revenu d'activité indépendante		Comptes à terme		Services publics : Gaz/Électricité/Pétrole	
Revenu de la garde d'enfants		Bons d'épargne		Câble/Internet	
Revenus de location		Actions		Téléphone	
Indemnités de chômage		Obbligations		Paiements de voiture ou de location	
Assurance invalidité temporaire		Fonds mutuels		Solde courant	
Pension alimentaire pour enfants		IRA		Paiements par carte de crédit	
Pension alimentaire		401(k)		Solde courant	
Prestations AV		403(b)		Prêts échelonnés	
Paiements de sécurité sociale		457		Solde courant	
Revenus de dividendes et d'intérêts		Assurance-vie en valeur de rachat		Assurance automobile	
Redevances		Biens personnels		Assurance habitation	
Pensions		Résidence secondaire et biens locatifs		Frais médicaux	
Assistance publique		Véhicules à moteur supplémentaires		Épicerie	
Autres				Autres dépenses	
REVENU MENSUEL :					
REVENU ANNUEL :		TOTAL :		TOTAL :	

« Je demande à l'hôpital de déterminer si je peux bénéficier d'une aide financière. Je comprends que ces informations sont confidentielles et sujettes à vérification par l'hôpital. Je comprends également que si les informations que je fournis sont fausses, l'aide financière peut m'être refusée et je serai tenu(e) de payer les services hospitaliers fournis. J'atteste que les informations contenues dans la présente demande sont, à ma connaissance, complètes et correctes et que je comprends la procédure et mes responsabilités ».

Signature du patient : _____ Date : _____

Signature du représentant de l'hôpital : _____ Date : _____

UNIQUEMENT À DES FINS INTERNES	
Approuvé par : _____	Date : _____
Refusé par : _____	Date : _____
Couverture d'assurance : _____	Assistance médicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Services liés à une blessure au travail ou à un autre type d'accident : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Commentaires : _____	
Taille de la famille : _____ Seuil FPG : _____ % FPG : _____	
RÉDUCTION (%) : _____ RÉDUCTION (\$) : _____	

Politique d'assistance financière

DOCUMENT 2 SUITE

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE HOSPITALIÈRE

Toute approbation de cette demande est temporaire et expire 12 mois après la date d'approbation

Hôpital : <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> The Providence Center <input type="checkbox"/> Women & Infants		Date :
Patient :	Garant/conjoint :	
N° MR :	N° MR :	
Date de naissance :	N° sécurité sociale (le cas échéant) :	
N° sécurité sociale (le cas échéant) :	Téléphone :	
Téléphone :	Téléphone bureau :	
Téléphone bureau :	Relation avec le patient :	
Adresse personnelle :	Adresse :	
Profession & employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Langue : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Non anglais		
Ethnie : <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Non hispanique <input type="checkbox"/> Ethnie non identifiée		
Race : <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Amérindien/Autochtone d'Alaska <input type="checkbox"/> Noir/Africain-Américain <input type="checkbox"/> Natifs d'Hawaï/Îles du Pacifique		
<input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Autres races ou races multiples <input type="checkbox"/> Race non identifiée		

Veuillez fournir les informations suivantes pour TOUS les membres de l'unité familiale, SAUF, le patient ou le garant.			
Nom & relation avec le patient :	N° SS (le cas échéant) :	Date de naissance :	N° MR :
Employeur, Téléphone & Adresse :	Adresse personnelle :		
Nom & relation avec le patient :	N° SS (le cas échéant) :	Date de naissance :	N° MR :
Employeur, Téléphone & Adresse :	Adresse personnelle :		
Nom & relation avec le patient :	N° SS (le cas échéant) :	Date de naissance :	N° MR :
Employeur, Téléphone & Adresse :	Adresse personnelle :		
Nom & relation avec le patient :	N° SS (le cas échéant) :	Date de naissance :	N° MR :
Employeur, Téléphone & Adresse :	Adresse personnelle :		
REVENU MENSUEL			
ACTIFS			
Salaire et gages du patient :	Épargnes :		
Salaire et gages du conjoint :	Compte chèque :		
Salaire et gages du garant :	Certificats de dépôts (CD) :		
Revenu d'activité indépendante :	Comptes à terme :		
Revenu de la garde d'enfants :	Bons d'épargne :		
Revenus de location :	Actions :		
Indemnités de chômage :	Obligations :		
Assurance invalidité temporaire :	Fonds mutuels :		
Pension alimentaire pour enfants :	IRA :		
Pension alimentaire :	401 (K) :		
Indemnités des travailleurs :	403 (B) :		
Prestations AV :	457S :		
Paiements de sécurité sociale :	Assurance-vie en valeur de rachat :		
Revenus de dividendes et d'intérêts :	Biens personnels :		
Redevances :	Résidence secondaire et biens locatifs :		
Pensions :	Deuxième véhicule à moteur :		
Assistance publique :	TOTAL :		
Autres :			
REVENU MENSUEL :			
REVENU ANNUEL :			

« Je demande à l'hôpital de déterminer si je peux bénéficier d'une aide financière. Je comprends que ces informations sont confidentielles et sujettes à vérification par l'hôpital. Je comprends également que si les informations que je fournis sont fausses, l'aide financière peut m'être refusée et je serai tenu(e) de payer les services hospitaliers fournis. J'atteste que les informations contenues dans la présente demande sont, à ma connaissance, complètes et correctes et que je comprends la procédure et mes responsabilités ».

Signature du patient : _____ Date : _____

Signature du représentant de l'hôpital : _____ Date : _____

UNIQUEMENT À DES FINS INTERNES	
Approuvé par : _____	Date : _____
Refusé par : _____	Date : _____
Couverture d'assurance : _____	Assistance médicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Services liés à une blessure au travail ou à un autre type d'accident : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Commentaires : _____	
Taille de la famille : _____ Seuil FPG : _____ % FPG : _____	
RÉDUCTION (%) : _____ RÉDUCTION (\$) : _____	
Responsabilité maximale du patient : _____	

8317-50 02 (6-2023)

Politique d'assistance financière

DOCUMENT 3

<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

3/1/2024

CNE Financial Assistance Eligibility Guidelines												
Summary of Sliding Scale Discounts and Maximum Patient Liability												
Income as % of Federal Poverty Level	100% and below	101%-200%	201%-210%	211%-220%	221%-230%	231%-240%	241%-250%	251%-260%	261%-270%	271%-280%	281%-290%	291%-300%
<i>Sliding Scale Discount to the Patient</i>	100%	100%	80%	60%	40%	20%	10%	10%	10%	5%	5%	5%
<i>Maximum Annual Patient Liability</i> See Incomes Below (multiply the income by <i>max annual %</i>)	0%	0%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Income for Family Size of 1	\$15,060	\$30,120	\$31,626	\$33,132	\$34,638	\$36,144	\$37,650	\$39,156	\$40,662	\$42,168	\$43,674	\$45,180
Income for Family Size of 2	\$20,440	\$40,880	\$42,924	\$44,968	\$47,012	\$49,056	\$51,100	\$53,144	\$55,188	\$57,232	\$59,276	\$61,320
Income for Family Size of 3	\$25,820	\$51,640	\$54,222	\$56,804	\$59,386	\$61,968	\$64,550	\$67,132	\$69,714	\$72,296	\$74,878	\$77,460
Income for Family Size of 4	\$31,200	\$62,400	\$65,520	\$68,640	\$71,760	\$74,880	\$78,000	\$81,120	\$84,240	\$87,360	\$90,480	\$93,600
Income for Family Size of 5	\$36,580	\$73,160	\$76,818	\$80,476	\$84,134	\$87,792	\$91,450	\$95,108	\$98,766	\$102,424	\$106,082	\$109,740
Income for Family Size of 6	\$41,960	\$83,920	\$88,116	\$92,312	\$96,508	\$100,704	\$104,900	\$109,096	\$113,292	\$117,488	\$121,684	\$125,880
Income for Family Size of 7	\$47,340	\$94,680	\$99,414	\$104,148	\$108,882	\$113,616	\$118,350	\$123,084	\$127,818	\$132,552	\$137,286	\$142,020
Income for Family Size of 8	\$52,720	\$105,440	\$110,712	\$115,984	\$121,256	\$126,528	\$131,800	\$137,072	\$142,344	\$147,616	\$152,888	\$158,160

For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person
Asset protection threshold; individual \$9,400; Family \$14,100

Politique d'assistance financière

DOCUMENT 4

Montant généralement facturé (AGB)

Conformément à la section 501(r)(5) de l'IRC, la CNE utilise la méthode de rétrospection pour calculer son pourcentage AGB. Le pourcentage AGB est calculé annuellement et est basé sur toutes les réclamations autorisées par Medicaid, seules ou en combinaison avec Medicare et tous les assureurs de santé privés sur une période de 12 mois, divisé par les charges brutes associées à ces réclamations. Le pourcentage AGB applicable sera appliqué aux frais bruts pour déterminer l'AGB.

Toute personne jugée éligible à une aide financière dans le cadre de ce FAP ne se verra pas facturer plus que l'AGB pour des services d'urgence ou d'autres services de santé médicalement nécessaires. Toute personne éligible à la FAP se verra toujours facturer le montant le moins élevé entre l'AGB et toute réduction disponible au titre de la présente police.

Avec effet respectivement au 1er octobre 2023 et au 1er octobre 2024 :

CNE Operating Unit	AGB	
	FY 2025	FY 2024
Butler Hospital	32%	28%
Kent County Memorial Hospital	29%	30%
Women and Infants Hospital	34%	33%

Politique d'assistance financière

DOCUMENT 5

Les documents suivants doivent, le cas échéant, accompagner la demande d'aide financière du Care New England :

1. Déclaration d'impôt accompagnée des pièces justificatives pour l'année la plus récente.
2. Relevés de revenus* (voir explication détaillée ci-dessous)
3. Bulletins de salaire actuels (minimum 4 semaines)
4. Lettre d'attribution d'une pension d'invalidité
5. Lettre d'attribution de la sécurité sociale (dispensée en cas de dépôt direct et de relevé bancaire)
6. Revenus des parents (déclaration d'impôts) lorsque la personne qui demande une aide financière est un étudiant
7. Registres d'actifs, relevés bancaires, y compris les relevés d'épargne, de chèques, d'investissements, de rentes,
8. les CD, les comptes à terme, les actions, les obligations, les pensions et la
9. valeur de rachat des polices d'assurance-vie de l'IRA.
10. Biens personnels (autres que la résidence principale et le véhicule à moteur à usage personnel)
11. Assistance médicale ou approbation/refus du R.I. de la source de santé.
12. Copie du certificat de décès le cas échéant.
13. Certificat de scolarité, le cas échéant.
14. Lettre de soutien, le cas échéant.
15. Dépenses et dettes.
16. Le relevé le plus récent concernant l'hypothèque/le loyer, les taxes foncières, les services publics, les paiements/les locations de voitures, les cartes de crédit, les prêts à tempérament, l'assurance auto/maison, les frais médicaux et les autres dépenses.

*Documents sur le revenu : Les revenus sont les recettes annuelles totales réelles ou estimées, avant impôts, provenant des salaires, des revenus d'une activité indépendante, des revenus de la garde d'enfants, des revenus locatifs, des indemnités de chômage, de l'assurance invalidité temporaire, des pensions alimentaires, des indemnités pour accident du travail, des allocations aux anciens combattants, des prestations de sécurité sociale, des revenus de dividendes et d'intérêts, des redevances, des pensions privées et publiques, et de l'aide publique. Sont également inclus dans les revenus les indemnités de grève, les gains nets de loterie et de jeu et les indemnités d'assurance uniques ou les indemnités pour dommages corporels perçus au cours de l'année civile pendant laquelle l'aide financière est demandée pour les services hospitaliers.

**Comptes d'actifs : Les actifs désignent les liquidités, les équivalents de liquidités et les autres actifs durables qui peuvent être convertis en liquidités, y compris les fonds en caisse, les comptes d'épargne, les comptes courants, les certificats de dépôt (CD), les comptes à terme, les actions (ordinaires et préférentielles), les obligations, les fonds communs de placement, les IRA, les 401(k), les 403(b), les 457, la valeur de rachat des polices d'assurance-vie, les biens personnels, les véhicules à moteur autres que ceux à usage personnel, les résidences secondaires et les biens immobiliers locatifs. Sont exclus des actifs la résidence principale et le véhicule à moteur à usage personnel.