



# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE POUR LES FRAIS D'HOSPITALISATION

Toute approbation de cette demande est provisoire. Elle vient à expiration 12 mois à compter de la date d'approbation

Hôpital : <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants		Date :
Patient :	Garant/Conjoint :	
N° de dossier :	N° de dossier :	
Date de naissance :	N° de sécurité sociale (si attribué) :	
N° de sécurité sociale (si attribué) :	N° de téléphone personnel :	
N° de téléphone personnel :	N° de téléphone professionnel :	
N° de téléphone professionnel :	Relation au patient :	
Adresse personnelle :	Adresse :	
Profession et employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Langue : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre que l'anglais		
Ethnicité : <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Aucune ethnicité indiquée		
Race : <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Amérindien(ne)/Autochtone d'Alaska <input type="checkbox"/> Noire/Africain(e)-américain(e) <input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaii/Insulaire du Pacifique		
<input type="checkbox"/> Blanche <input type="checkbox"/> Autre ou races multiples <input type="checkbox"/> Aucune race indiquée		

**Veillez fournir les informations suivantes pour TOUS les membres de la cellule familiale, SAUF le patient ou le garant.**

Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
<b>REVENU MENSUEL</b>		<b>ACTIFS</b>	
Traitement et salaire du patient :	Épargne :		
Traitement et salaire du conjoint :	Compte courant :		
Traitement et salaire du garant :	Certificats de dépôt (CD) :		
Revenu d'un travail indépendant :	Comptes de marché monétaire :		
Revenu de pension alimentaire :	Obligations d'épargne :		
Revenu locatif :	Titres boursiers :		
Indemnité de chômage :	Obligations :		
Assurance invalidité provisoire :	Fonds communs de placement :		
Pension alimentaire :	Comptes retraite individuels :		
Prestation compensatoire :	Plans retraite 401(k) :		
Indemnisation des accidents au travail :	Comptes retraite 403(b) :		
Prestations Vétérans (VA) :	Comptes 457 (employés-dividendes) :		
Versements de sécurité sociale :	Assurance-vie avec valeur de rachat :		
Revenu de dividendes et d'intérêts :	Biens personnels :		
Redevances :	Deuxième résidence et bien locatif :		
Pensions :	Second véhicule :		
Aide sociale :	<b>TOTAL :</b>		
Autre :			
<b>REVENU MENSUEL :</b>			
<b>REVENU ANNUEL :</b>			

« Je demande à l'hôpital de prendre une décision d'admissibilité à une aide financière. Je comprends que ces informations sont confidentielles et susceptibles d'être vérifiées par l'hôpital. Je comprends également que si les informations que j'indique sont fausses, toute aide financière peut m'être refusée et je peux être tenu(e) pour responsable du règlement des services hospitaliers fournis. J'atteste par la présente que les informations indiquées dans cette 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 : \_\_\_\_\_

**À USAGE INTERNE UNIQUEMENT**

Approuvé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Refusé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Couverture d'assurance : \_\_\_\_\_ Assistance médicale :  Oui  Non

Services liés à un accident du travail ou à un autre type d'accident :  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Taille de la famille : \_\_\_\_\_ Niveau de FPG (Directives fédérales sur la pauvreté) : \_\_\_\_\_ % de FPG : \_\_\_\_\_

REMISE (%) : \_\_\_\_\_ REMISE (\$) : \_\_\_\_\_

Responsabilité maximum du patient : \_\_\_\_\_

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE POUR LES FRAIS D'HOSPITALISATION-*ASSURANCE INSUFFISANTE*

Toute approbation de cette demande est provisoire. Elle vient à expiration 12 mois à compter de la date d'approbation

Hôpital : <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	Date :
Patient :	Garant/Conjoint :
N° de dossier :	N° de dossier :
Date de naissance :	N° de sécurité sociale (si attribué) :
N° de sécurité sociale (si attribué) :	N° de téléphone personnel :
N° de téléphone personnel :	N° de téléphone professionnel :
N° de téléphone professionnel :	Relation au patient :
Adresse personnelle :	Adresse :
Profession et employeur :	
Adresse de l'employeur :	
Langue : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre que l'anglais	
Ethnicité : <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Aucune ethnicité indiquée	
Race : <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Amérindien(ne)/Autochtone d'Alaska <input type="checkbox"/> Noire/Africain(e)-américain(e)	
<input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaii/Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanche <input type="checkbox"/> Autre ou races multiples <input type="checkbox"/> Aucune race indiquée	

**Veillez fournir les informations suivantes pour TOUS les membres de la cellule familiale, SAUF le patient ou le garant.**

Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		
Nom et relation au patient :	N° de SS (si attribué) :	Date de naissance :	N° de dossier :
Employeur, téléphone et adresse :	Adresse personnelle :		

REVENU MENSUEL	MONTANT	ACTIFS	MONTANT	DETTES/DÉPENSES MENSUELLES	MONTANT
Traitement et salaire du patient :		Épargne		Païement d'une hypothèque ou d'un loyer	
Traitement et salaire du conjoint		Compte courant		Solde actuel _____	
Traitement et salaire du garant		Certificats de dépôt (CD)		Taxes immobilières, si non incluses dans le paiement de l'hypothèque	
Revenu d'un travail indépendant		Comptes de marché monétaire		Services publics : Gaz/Électricité/Pétrole _____	
Revenu de pension alimentaire		Obligations d'épargne		Câble/Internet _____	
Revenu locatif		Titres boursiers		Téléphone _____	
Indemnité de chômage		Obligations		Païements automobile ou location-vente	
Assurance invalidité provisoire		Fonds communs de placement		Solde actuel _____	
Pension alimentaire		Comptes retraite individuels		Païements carte de crédit	
Prestation compensatoire		Plans retraite 401(k)		Solde actuel _____	
Prestations Vétérans (VA)		Comptes retraite 403(b)		Prêts à tempérament	
Versements de sécurité sociale		Comptes 457 (employés-dividendes)		Solde actuel _____	
Revenu de dividendes et d'intérêts		Assurance-vie avec valeur de rachat		Assurance automobile	
Redevances		Biens personnels		Assurance propriétaire	
Pensions		Deuxième résidence et bien locatif		Frais médicaux	
Aide sociale		Véhicules à moteur supplémentaires		Aliments	
Autres				Autres Frais	
<b>REVENU MENSUEL :</b>					
<b>REVENU ANNUEL :</b>			<b>TOTAL :</b>		<b>TOTAL :</b>

« Je demande à l'hôpital de prendre une décision d'admissibilité à une aide financière. Je comprends que ces informations sont confidentielles et susceptibles d'être vérifiées par l'hôpital. Je comprends également que si les informations que j'indique sont fausses, toute aide financière peut m'être refusée et je peux être tenu(e) pour responsable du règlement des services hospitaliers fournis. J'atteste par la présente que les informations indiquées dans cette 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 : \_\_\_\_\_

**À USAGE INTERNE UNIQUEMENT**

Approuvé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Refusé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Couverture d'assurance : \_\_\_\_\_ Assistance médicale :  Oui  Non

Services liés à un accident du travail ou à un autre type d'accident :  Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Taille de la famille : \_\_\_\_\_ Niveau de FPG (Directives fédérales sur la pauvreté) : \_\_\_\_\_ % de FPG : \_\_\_\_\_

REMISE (%) : \_\_\_\_\_ REMISE (\$) : \_\_\_\_\_

Responsabilité maximum du patient : \_\_\_\_\_

# Financial Assistance Policy

## Exhibit 3

### CNE FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM 2023 FINANCIAL ELIGIBILITY GUIDELINES

Effective 3/1/2023

Percent of Poverty Level:		200%	210%	220%	230%	240%	250%	260%	270%	280%	290%	300%
<b>Family Size</b>	<b>FPG</b>											
2023 Patient liability		<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>60%</b>	<b>80%</b>	<b>90%</b>	<b>90%</b>	<b>90%</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>
<b>1</b>	<b>14,580</b>	29,160	30,618	32,076	33,534	34,992	36,450	37,908	39,366	40,824	42,282	43,740
Max Liability Per Year			3,062	3,208	3,353	3,499	3,645	3,791	3,937	4,082	4,228	4,374
<b>2</b>	<b>19,720</b>	39,440	41,412	43,384	45,356	47,328	49,300	51,272	53,244	55,216	57,188	59,160
Max Liability Per Year			4,141	4,338	4,536	4,733	4,930	5,127	5,324	5,522	5,719	5,916
<b>3</b>	<b>24,860</b>	49,720	52,206	54,692	57,178	59,664	62,150	64,636	67,122	69,608	72,094	74,580
Max Liability Per Year			5,221	5,469	5,718	5,966	6,215	6,464	6,712	6,961	7,209	7,458
<b>4</b>	<b>30,000</b>	60,000	63,000	66,000	69,000	72,000	75,000	78,000	81,000	84,000	87,000	90,000
Max Liability Per Year			6,300	6,600	6,900	7,200	7,500	7,800	8,100	8,400	8,700	9,000
<b>5</b>	<b>35,140</b>	70,280	73,794	77,308	80,822	84,336	87,850	91,364	94,878	98,392	101,906	105,420
Max Liability Per Year			7,379	7,731	8,082	8,434	8,785	9,136	9,488	9,839	10,191	10,542
<b>6</b>	<b>40,280</b>	80,560	84,588	88,616	92,644	96,672	100,700	104,728	108,756	112,784	116,812	120,840
Max Liability Per Year			8,459	8,862	9,264	9,667	10,070	10,473	10,876	11,278	11,681	12,084
<b>7</b>	<b>45,420</b>	90,840	95,382	99,924	104,466	109,008	113,550	118,092	122,634	127,176	131,718	136,260
Max Liability Per Year			9,538	9,992	10,447	10,901	11,355	11,809	12,263	12,718	13,172	13,626
<b>8</b>	<b>50,560</b>	101,120	106,176	111,232	116,288	121,344	126,400	131,456	136,512	141,568	146,624	151,680
Max Liability Per Year			10,618	11,629	12,134	12,640	13,146	13,651	14,157	14,662	15,168	15,674

\*For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person.

\*Asset protection threshold; Individual \$9,400, Family \$14,100

AGB  
 FY 23 Butler 31%, Kent 28%, W/II 35%  
 FY 22 Butler 30%, Kent 31%, W/II 34%  
 FY 21 Butler 46%, Kent 31%, W/II 34%  
 FY 20 Butler 47%, Kent 31%, W/II 35%

RI Medicaid GL \$ 18,075

## **POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE**

Document 4

### **Montant généralement facturé (AGB)**

Conformément à l'article 501(r) (5) de l'IRC, la CNE utilise la méthode du retour en arrière pour calculer son pourcentage d'AGB. Le pourcentage d'AGB est calculé annuellement sur la base de toutes les demandes de remboursement autorisées par Medicare Fee-for-Service + tous les assureurs privés de soins de santé sur une période de 12 mois, divisées par les frais bruts associés à ces demandes de remboursement. Le pourcentage AGB applicable sera appliqué aux charges brutes pour déterminer l'AGB.

Toute personne jugée éligible à une aide financière au titre du présent programme d'aide financière ne se verra pas facturer un montant supérieur à l'AGB pour les services d'urgence ou autres services de soins 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 dans le cadre de la présente politique.

#### **Entrée en vigueur le 1er octobre 2022 :**

Butler Hospital 31 %

Kent County Memorial Hospital 28 %

Women and Infants Hospital 35 %

# POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

## Annexe 2

### EXIGENCES DU PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE – NON ASSURÉS

Le cas échéant, la demande d'aide financière à Care New England doit être accompagnée de la documentation suivante.

- 1) Déclaration de revenus avec pièces justificatives pour l'année de dépôt la plus récente.
- 2) Documents relatifs au revenu\* (*voir explication détaillée ci-dessous*)
  - a) Fiches de paie récentes (minimum de 4 semaines)
  - b) Lettre d'attestation de pension d'invalidité
  - c) Lettre d'attestation de sécurité sociale (non nécessaire si un dépôt direct et un relevé de banque sont fournis)
  - d) Déclaration de revenus des parents lorsque le demandeur de l'aide financière est étudiant
- 3) Documents relatifs aux actifs\*\* (*voir explication détaillée ci-dessous*)
  - a) Relevés bancaires, y compris compte épargne, compte chèque, relevés de placements, rentes, certificats de dépôt, comptes du marché monétaire, titres boursiers, obligations, pensions et comptes retraite individuels
  - b) Valeur de rachat des contrats d'assurance vie
  - c) Biens personnels (autres que la résidence principale ou un véhicule automobile pour usage personnel)
- 4) Approbation/refus de l'assistance médicale et/ou de HealthSource RI.
- 5) Copie de l'acte de décès (le cas échéant)
- 6) Justificatif du statut d'étudiant (le cas échéant)
- 7) Lettre de soutien (le cas échéant)

\*Documents relatifs au revenu : Le revenu regroupe les recettes monétaires annuelles totales réelles ou estimées avant impôts provenant des salaires, des traitements, du revenu de l'activité indépendante, du revenu de la garde d'enfants, du revenu locatif, des indemnités de chômage, de l'assurance invalidité de courte durée, des allocations pour enfants à charge, de la pension alimentaire, des indemnités pour accidents du travail, des prestations d'ancien combattant, des prestations de sécurité sociale, des revenus de dividendes et d'intérêts, des redevances, des pensions privées et publiques et de l'aide publique. Le revenu comprend également les indemnités de grève, les gains de loterie et de jeu nets, et les paiements ponctuels d'assurance ou d'indemnités pour dommages corporels subis dans l'année civile au cours de laquelle l'aide financière est demandée pour les services hospitaliers.

\*\*Documents relatifs aux actifs : Les actifs signifient les liquidités, les équivalents de trésorerie et les autres actifs immobilisés qui peuvent être convertis en liquidités, y compris l'encaisse, les comptes d'épargne, les comptes chèque, les certificats de dépôt (CD), les comptes de marché monétaire, les titres boursiers (ordinaires et privilégiés), les obligations, les fonds communs de placement, les comptes retraite individuels, les plans de retraite 401(k), 403(b) et 457, la valeur de rachat des contrats d'assurance vie, les biens personnels, les véhicules automobiles destinés à un usage non personnel, les résidences secondaires et les biens locatifs. La résidence principale et le véhicule automobile pour usage personnel ne font pas partie des actifs.