


Demande d'aide financière et instructions

L'établissement Brattleboro Retreat s'engage à fournir des soins de haute qualité, quelles que soient votre assurance et votre situation financière, en proposant une aide financière à ses patients. L'octroi de cette aide est déterminé selon les seuils de pauvreté fédéraux les plus récents.

Ce formulaire de demande dûment rempli et les pièces justificatives sont nécessaires pour évaluer votre admissibilité au programme d'aide financière de Brattleboro Retreat.

Veuillez remplir le formulaire ci-joint, le signer et le dater, et nous retourner tous les documents requis. Toute demande doit être accompagnée d'un justificatif de revenus. Votre demande sera examinée afin de déterminer votre admissibilité et nous vous informerons de notre décision dans les meilleurs délais. Toute demande d'aide financière incomplète sera retournée au demandeur.

Brattleboro Retreat propose deux types d'aide financière pour les soins médicaux : une aide financière générale et une aide financière en cas de catastrophe.

- Aide financière générale : le revenu du ménage doit être inférieur ou égal à 500 % du seuil de pauvreté fédéral de l'année en cours. (FPL)
 - Aide financière en cas de catastrophe : le revenu du ménage doit être inférieur ou égal à 600 % du seuil de pauvreté fédéral de l'année en cours.
- Le niveau (FPL) et la responsabilité financière totale pour les services médicaux liés à Brattleboro Retreat sont égaux ou supérieurs à 20 % de le revenu du ménage.

Aucune condition de résidence n'est requise pour être admissible au programme d'aide financière de Brattleboro Retreat.

2026 Federal Poverty Guidelines for FAP

Persons in Household	Federal Poverty Level (FPL)	Income Up to 300% of FPL	Income Up to 400% of FPL	Income Up to 500% of FPL	Income Up to 600% of FPL
1	\$15,960	\$47,880	\$63,840	\$79,800	\$95,760
2	\$21,640	\$64,920	\$86,560	\$108,200	\$129,840
3	\$27,320	\$81,960	\$109,280	\$136,600	\$163,920
4	\$33,000	\$99,000	\$132,000	\$165,000	\$198,000
5	\$38,680	\$116,040	\$154,720	\$193,400	\$232,080
6	\$44,360	\$133,080	\$177,440	\$221,800	\$266,160
7	\$50,040	\$150,120	\$200,160	\$250,200	\$300,240
8	\$55,720	\$167,160	\$222,880	\$278,600	\$334,320
Allowed Discount		100%	75%	50%	variable
Amount Owed		\$0	25% of Balance Due	50% of Balance Due	20% of Household Income

For families/households with more than 8 persons, add \$5,680 for each additional person.

Note: Applicants will be denied financial assistance when liquid assets exceed the Medicare Low Beneficiary Limitation: Single \$9,950 Couple \$14,910

Pour les personnes dont le revenu familial est inférieur à 138 % du seuil de pauvreté fédéral, il est impératif de se renseigner et de faire une demande auprès des programmes d'aide gouvernementaux disponibles, tels que Medicaid (Green Mountain Care dans le Vermont) ou le programme d'assurance maladie de leur État (VT Health Connect dans le Vermont), avant de solliciter l'aide financière du Brattleboro Retreat. Si vous avez besoin d'aide pour faire une demande d'aide gouvernementale, nos conseillers financiers sont à votre disposition. Les personnes sans papiers ne sont pas tenues de faire une demande d'inscription à Medicaid pour bénéficier de l'aide.

Si vous avez des questions concernant cette demande ou si vous avez besoin d'aide pour la remplir, veuillez contacter :

Services financiers aux patients

802-258-6745

Du lundi au jeudi : de 8h à 17h

Vendredi et samedi : de 8 h à 15 h


Demande d'aide financière

Veuillez compléter cette section concernant le demandeur et les membres de son foyer. Le demandeur est soit le patient, soit la personne qui en a la charge financière. Les membres du foyer sont définis comme toutes les personnes à charge vivant sous le même toit que le patient. Le foyer du patient comprend le patient lui-même, son conjoint, ses enfants à charge et les couples non mariés ayant un enfant en commun. Les personnes à charge mentionnées doivent figurer sur votre déclaration de revenus fédérale.

1. Informations sur le demandeur/garant financier

Nom du demandeur	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale #	État civil	Téléphone #
Adresse		Ville	État	Formulaire A-100

2. Informations sur l'assurance

Êtes-vous couvert par une assurance maladie ? Si oui, veuillez fournir les informations ci-dessous :		Oui	Non
Nom de la compagnie d'assurance :	IDENTIFIANT #:		
Nom de la compagnie d'assurance :	IDENTIFIANT #:		
Avez-vous fait une demande d'aide médicale (Medicaid) ?		Oui	Non
Avez-vous fait une demande de couverture auprès du système d'assurance maladie de votre État ?		Oui	Non

3. Membres du ménage

Veuillez indiquer tous les membres de votre famille vivant sous votre toit. Cela inclut votre conjoint(e), votre partenaire de vie, vos enfants de moins de 21 ans vivant avec vous (y compris vos beaux-enfants), vos étudiants à temps plein de moins de 24 ans, vos enfants de plus de 21 ans déclarés à votre charge, ainsi que vos enfants (quel que soit leur âge) en situation de handicap permanent. Par partenaire de vie, on entend une personne vivant avec vous dans le cadre d'une relation stable et intime.

Nom du membre du ménage	Date de naissance	Sécurité sociale #	Relation
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			

4. Dépenses mensuelles du ménage

Vos dépenses nous permettent de mieux comprendre votre situation financière. Veuillez joindre une page supplémentaire si vous souhaitez nous communiquer d'autres informations concernant votre situation financière actuelle.

Loyer ou hypothèque	\$:	Auto (1)	\$:
Services publics (eau/électricité)	\$:	Auto (2)	\$:
Assurance maladie	\$:	Cartes de crédit	\$:
Pension	\$:	Médecin privé	\$:
Pension alimentaire pour enfants	\$:	Hôpital	\$:
Garde d'enfants	\$:	Autre	\$:


5. Revenu mensuel du ménage Veuillez remplir

cette section concernant le revenu brut du demandeur et de chaque membre du ménage mentionné à la section 3 qui perçoit un revenu d'emploi ou d'autres sources. Veuillez indiquer le revenu brut, c'est-à-dire le revenu avant impôts et déductions. Veuillez joindre une page supplémentaire si vous devez inclure d'autres membres du ménage.

Source de revenus	Demandeur	Membre du ménage (1)	Membre du ménage (2)
Salaire brut (avant impôts) figurant sur la déclaration de revenus, le formulaire W-2 ou le bulletin de paie	\$:	\$:	\$:
Revenus d'activité indépendante (extrait du compte de résultat) :		\$:	\$:
Numéro de sécurité sociale figurant sur la lettre d'attribution ou sur le dernier relevé bancaire.	\$:	\$:	\$:
Pension alimentaire (issue d'un accord antérieur à 2019)	\$:	\$:	\$:
Pension/Retraite d'après un talon de chèque ou un dernier relevé bancaire	\$:	\$:	\$:
Déclaration relative au chômage et aux allocations de chômage	\$:	\$:	\$:
Revenus locatifs provenant des encaissements	\$:	\$:	\$:
Autres revenus (veuillez fournir les justificatifs)	\$:	\$:	\$:
TOTAL:	\$:	\$:	\$:

6. Biens du ménage

Veuillez compléter cette section concernant les actifs actuels du demandeur et de chaque membre du ménage mentionné à la section 3. Veuillez joindre une page supplémentaire si vous devez inclure d'autres membres du ménage.

Source de revenus	Demandeur	Membre du ménage (1)	Membre du ménage (2)
Solde du compte courant	\$:	\$:	\$:
Solde du compte d'épargne	\$:	\$:	\$:
Solde du compte CD	\$:	\$:	\$:
Solde du compte du marché monétaire	\$:	\$:	\$:
Autre : (veuillez fournir les pièces justificatives)	\$:	\$:	\$:
TOTAL:	\$:	\$:	\$:

7. Liste des pièces justificatives : Nous exigeons un minimum

de deux documents justificatifs concernant vos revenus et votre patrimoine. Toutefois, veuillez fournir autant de documents pertinents que possible parmi ceux énumérés ci-dessous afin de vérifier les informations que vous avez déclarées. Les pièces justificatives nous permettront de traiter votre demande rapidement et avec précision. Dans la plupart des cas, nous ne pouvons pas finaliser le traitement sans les pièces justificatives requises. Si, pour quelque raison que ce soit, vous êtes dans l'impossibilité de fournir les documents demandés, veuillez contacter nos conseillers financiers au 802-258-6745 ou à l'adresse financialcounselor@brattlebororetreat.org afin d'examiner d'autres options.

Documents d'assurance	Documents relatifs aux revenus	Documents relatifs aux actifs
Copie des cartes d'assurance	Déclaration de revenus fédérale la plus récente	Relevé bancaire du compte courant
Lettre de refus de Medicaid	État des résultats	Relevé bancaire du compte d'épargne
Lettre de refus de l'organisme d'assurance maladie de l'État	Deux bulletins de paie récents	Déclaration CD
	Lettre de vérification des prestations de sécurité sociale	Déclaration du marché monétaire
	W-2	
	reçus de location	



8. Informations complémentaires

Commentaires/informations complémentaires que vous souhaitez partager :

9. Autorisation

Veuillez lire attentivement cette section, puis signez et datez la demande.

Je sollicite une aide financière auprès de Brattleboro Retreat. Je certifie que tous les renseignements fournis sont exacts et complets, à ma connaissance. Toute information incorrecte, incomplète ou fausse pourrait entraîner le rejet de ma demande d'aide financière. J'accepte de fournir des documents complémentaires sur demande. Les renseignements fournis serviront uniquement à déterminer mon admissibilité au programme d'aide financière. Je comprends que ces renseignements sont confidentiels en vertu de la loi fédérale HIPAA et ne peuvent être divulgués à aucun tiers extérieur à Brattleboro Retreat sans mon accord préalable.

Signature du demandeur/garant financier

Date

Si vous signez au nom du demandeur : j'atteste que tous les renseignements contenus dans cette demande sont exacts au meilleur de ma connaissance.

Signature du représentant autorisé

Date

Nom du représentant autorisé (en lettres moulées)

Lien de parenté avec le demandeur

Numéro de téléphone de contact

Veuillez envoyer le formulaire de demande dûment rempli, accompagné des pièces justificatives, à l'une des adresses suivantes :

 Courriel : financialcounselor@brattlebororetreat.org

Télécopieur : 802-258-3723

Courrier : Retraite de Brattleboro

À l'attention du service de conseil financier

Boîte postale 101

Brattleboro, Vermont 05302