

Domaine de prestation : Services généraux d'entreprise	POLITIQUES ET PROCÉDURES DE YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM
Titre : Politiques des programmes d'aide financière	
Date d'approbation : 20/09/2013	Approuvé par : Conseil d'administration du YNHHS
Date d'entrée en vigueur : 20/09/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital et Westerly Hospital	Date d'évaluation/révision : 21/01/2015, 30/09/2016, 16/12/2016, 1/6/2017, 15/7/2018, 15/6/2020, 27/10/2021, 03/01/2022
Distribution : Responsable des politiques MCN	Type de politique (I ou II) : Type I
Remplace : Programmes d'aide financière du Yale New Haven Hospital pour les services hospitaliers (NC:F-4) Programmes d'aide financière du Bridgeport Hospital pour les services hospitaliers (9-13) Aperçu des Programmes d'aide financière du Greenwich Hospital pour les services hospitaliers Lawrence + Memorial Hospital et Westerly Hospital Charity Care, Aide financière, Politique sur les fonds pour des lits gratuits	

OBJET

Le Yale New Haven Health (« Yale New Haven Health » ou « YNHHS ») s'engage à procurer des soins médicalement nécessaires en offrant une aide financière aux personnes dans le besoin admissibles. Cette politique d'aide financière (« FAP ») a le but suivant :

1. Expliquer l'aide financière proposée dans le cadre de la FAP.
2. Décrire les critères d'admissibilité à l'aide financière et comment en faire la demande.
3. Décrire comment les frais à la charge des patients sont calculés au titre des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires pour des patients admissibles à la FAP.
4. Identifier les prestataires qui sont pris en charge et ceux qui ne sont pas pris en charge par la FAP.
5. Décrire les mesures que prennent les Hôpitaux YNHHS pour faire largement connaître cette FAP au sein des communautés desservies par le YNHHS.
6. Expliquer les mesures de recouvrement qui pourront être prises en cas de non-paiement des factures de Yale New Haven Health.

APPLICABILITÉ

Cette politique s'applique à chaque hôpital agréé et affilié au YNHHS, y compris le Bridgeport Hospital (« BH »), le Greenwich Hospital (« GH »), le Lawrence + Memorial Hospital (« LMH »), le Yale New Haven Hospital (« YNHHS ») et le Westerly Hospital (« WH ») (chacun un « Hôpital »). En outre, les programmes d'aide financière sont suivis par Northeast Medical Group, Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut, et Home Care Plus.

POLITIQUE

1. Agent responsable. Le Vice-président senior, Finance du YNHHS ou son (sa) délégué(e) sera responsable de la FAP du YNHHS.

2. Portée et liste des prestataires

A. Soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires. Cette FAP s'applique aux soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, y compris les services hospitaliers et ambulatoires, facturés par un Hôpital. La FAP exclut : (a) une chambre individuelle ou les infirmières personnelles ; (b) les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, tels que la chirurgie esthétique électorale ; (c) d'autres frais de commodité électifs, tels que les frais de télévision ou de téléphone et (d) d'autres remises ou réductions de prix qui ne sont pas expressément décrits dans la présente politique.

B. Liste des prestataires. Pour une liste de prestataires qui fournissent des soins d'urgence et médicalement nécessaires dans un Hôpital, cliquez ici :

<https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance>

La liste indique si le prestataire est pris en charge par la FAP. Si le prestataire n'est pas pris en charge par la FAP, les patients devront contacter le bureau du prestataire pour déterminer si le prestataire propose une aide financière et dans ce cas, ce que prend en charge la politique d'aide financière du prestataire.

C. Respect de l'EMTALA. Les hôpitaux doivent se conformer à la loi sur le traitement médical d'urgence et le travail actif (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA), dans le respect de leurs politiques. Il leur est également interdit de participer à des activités pouvant décourager une personne de demander des soins médicaux d'urgence. Aucune clause de la présente FAP ne limite les obligations de l'Hôpital dans le cadre de l'EMTALA au traitement des patients dont l'état nécessite des soins médicaux d'urgence.

3. Programme d'aide financière

L'aide financière est à la disposition des personnes qui vivent aux États-Unis, qui remplissent la demande d'aide financière requise et qui répondent aux autres critères d'admissibilité décrits ci-dessous. Tous les patients doivent être encouragés à rechercher toutes les sources disponibles d'aide financière, y compris les programmes d'aide gouvernementale et privée.

Les décisions concernant l'aide financière sont prises au cas par cas, uniquement en fonction des besoins financiers. Les décisions ne prennent jamais en compte l'âge, le sexe, la race, la couleur de peau, l'origine nationale, la situation matrimoniale, le statut social ou d'immigrant, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre, l'affiliation religieuse, le handicap, le statut d'ancien combattant ou militaire ou d'autres motifs interdits par la loi. La demande d'aide financière précise les documents requis pour vérifier la taille de la famille et ses revenus. Le YNHHS ou un Hôpital peut, s'il le décide de son plein gré, approuver une aide financière en dehors de la portée de la présente politique.

- A. Soins gratuits.** S'il est vérifié que le revenu familial annuel brut est égal ou inférieur à 250 % au seuil de pauvreté fédéral (*voir pièce jointe 1*), vous pouvez être admissible à des soins gratuits (une remise de 100 % sur le solde du compte du patient).
- B. Soins à tarif réduit.** S'il est vérifié que le revenu familial annuel brut est compris entre 251 % et 550 % du seuil de pauvreté fédéral, vous pouvez être admissible à des soins à tarif réduit selon un barème, comme le prévoit la *pièce jointe 1*. Pour les patients en possession d'une assurance, la remise sera appliquée au solde de leur compte restant après les paiements versés par l'assurance ou les payeurs tiers.
- C. Fonds affectés aux lits hospitaliers.** Il est possible que vous remplissiez les critères pour bénéficier d'une aide financière provenant des fonds affectés aux lits hospitaliers. Il s'agit de fonds issus de dons faits à l'Hôpital pour soigner les patients qui n'ont éventuellement pas les moyens de payer les soins hospitaliers. L'admissibilité est déterminée au cas par cas et tient compte des restrictions imposées par les donateurs et, le cas échéant, des nominations faites par les personnes responsables de désigner les bénéficiaires des fonds. Tous les patients qui déposent la demande d'aide financière prescrite sont automatiquement pris en considération pour les fonds affectés à un lit hospitalier.
- D. Autres programmes d'aide financière spécifiques à un Hôpital**
- (i) Programme « mon bébé et moi » du Yale New Haven Hospital (Yale New Haven Hospital “Me & My Baby” Program)** Ce programme est proposé aux patientes du Yale New Haven Hospital. Il prévoit des soins prénataux, des services pendant le travail et l'accouchement, et certains soins post-partum gratuitement. Il est possible que vous puissiez en bénéficier si vous résidez dans le comté de New Haven, si vous n'avez aucun type d'assurance maladie et si les revenus de votre famille sont inférieurs à deux fois et demie le seuil de pauvreté fédéral. Pour de plus amples informations ou pour demander un formulaire du programme, adressez-vous à nos représentants au Women's Center (Centre pour les femmes) du Yale New Haven Hospital ou appelez le **203-688-2481**.
 - (ii) La Greenwich Hospital Outpatient Clinic** prend en charge les patients assurés par Medicare, Medicaid, ou possédant une assurance offerte par Access Health CT et dont le revenu familial est inférieur à quatre fois le seuil de pauvreté fédéral. En outre, la clinique fournit des soins à tarif réduit aux personnes qui ne remplissent pas les critères pour bénéficier d'une assurance, qui résident à Greenwich et dont le revenu familial est inférieur à quatre fois le seuil de pauvreté fédéral. Pour de plus amples informations ou pour obtenir un formulaire de demande, veuillez appeler le 203 863 3334.
- E. Patients médicalement indigents.** Il est également possible que les patients qui ne remplissent pas les critères mais dont les factures médicales sont supérieures à un certain pourcentage du revenu ou des actifs de la famille soient considérés.

4. Limitation du niveau de frais à charge

Lorsqu'un patient remplit les critères de la présente politique pour des soins à tarif réduit mais pas pour des soins gratuits, les frais à sa charge ne seront pas supérieurs au montant généralement facturé (« AGB ») aux personnes qui possèdent une assurance prenant en charge les soins concernés.

- A. Mode de calcul.** Le YNHHS calcule l'AGB une fois par an pour chaque Hôpital en appliquant la « méthode rétrospective », conformément aux réglementations fiscales fédérales et selon le barème de rémunération à l'acte de Medicare, y compris les montants de participation aux frais du bénéficiaire de Medicare et de tous les assureurs santé privés qui ont versé des paiements à chaque Hôpital pour l'exercice fiscal précédent. Le YNHHS peut appliquer le pourcentage de remise par Hôpital ou décider d'utiliser le pourcentage de remise le plus favorable aux patients du YNHHS. Les remises sur l'AGB sont précisées dans la pièce jointe 1.

5. Demande d'aide financière

- A. Dépôt d'une demande.** Pour demander une aide financière, vous devez remplir le formulaire du YNHHS de demande d'aide financière (« demande »), sauf dans les cas cités ci-dessous. Vous pouvez obtenir une demande :

- (1) en ligne à l'adresse <https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance> et sur le site de chaque Hôpital YNHHS.
- (2) en personne en se présentant au bureau des admissions des patients ou au bureau d'inscription de n'importe quel Hôpital YNHHS. Des panneaux et des informations écrites concernant l'aide financière seront mis à disposition dans le service des urgences et au bureau d'inscription des patients de chaque Hôpital ;
- (3) par courrier postal, en appelant le (855) 547 4584 pour demander un exemplaire gratuit au Services financiers des patients.

- B. Demande.** La demande décrit (i) les programmes d'aide financière et leurs critères d'admissibilité, (ii) les documents à fournir afin de déterminer l'admissibilité et (iii) les coordonnées des personnes à contacter pour une aide concernant la FAP. La demande explique également que (i) l'Hôpital répondra à chaque demande par écrit, (ii) les patients peuvent renouveler leur demande d'aide financière dans le cadre de la FAP à tout moment et (iii) des fonds supplémentaires pour des lits gratuits sont affectés chaque année. Il est interdit aux Hôpitaux de refuser une assistance financière dans le cadre de la FAP en raison de l'absence d'informations ou de documents que la FAP ou la demande ne citent pas comme étant obligatoires dans le cadre de la demande.

- C. Patients remplissant les critères d'admissibilité à la FAP.** Les Hôpitaux YNHHS prendront toutes les mesures raisonnables pour déterminer l'admissibilité et documenteront leur conclusion relative à l'admissibilité à l'aide financière dans les comptes des patients concernés. Une fois que l'Hôpital aura déterminé qu'un patient remplit les critères d'admissibilité à la FAP, l'Hôpital devra :

- (i) fournir un relevé de facturation précisant le montant à la charge de la personne concernée en tant que patient admissible à la FAP, y compris le mode de calcul de ce montant. Ce relevé devra également préciser ou décrire comment la personne concernée peut obtenir des informations concernant l'AGB pour les soins ;
- (ii) rembourser à la personne concernée les quelconques montants qu'elle a réglés pour les soins qui sont supérieurs au montant déterminé comme étant à sa charge en tant que patient remplissant les critères d'admissibilité à la FAP, sauf si ledit montant excédentaire est inférieur à 5 \$ ou autre somme fixée par l'IRS ;
- (iii) prendre des mesures raisonnables pour arrêter de quelconques mesures extraordinaires de recouvrement.

D. Présomption d'admissibilité. Le YNHHS peut conclure à l'admissibilité à des soins gratuits ou à tarif réduit dans le cadre de la présente politique en s'appuyant sur des informations relatives aux conditions de vie du patient, obtenues de sources autres que la personne demandant l'aide financière, y compris les sources suivantes ou équivalentes :

- (i) Pour le compte de chaque Hôpital, le YNHHS utilise un outil de sélection tiers, qui permet d'identifier les personnes qui ont un solde à charge et qui n'ont pas déposé la demande d'aide financière, mais dont le revenu est inférieur ou égal à 250 % du seuil de pauvreté fédéral (*c.-à-d.* remplissant les critères d'admissibilité aux soins gratuits). Si un patient est identifié par ce processus, les soldes hospitaliers restant à payer pourront passer en soins gratuits.
- (ii) Le YNHHS est affilié à l'Université de Yale et le centre de santé universitaire de l'école de médecine de Yale. Les patients qui ne sont pas assurés et qui consultent dans les cliniques de soins primaires tenues par les étudiants de l'Université de Yale pour les personnes à faibles revenus, y compris la Haven Free Clinic, peuvent bénéficier de la présomption d'admissibilité à des soins gratuits ou à tarif réduit, sans devoir remplir de demande d'aide financière, une fois qu'ils auront reçu la confirmation sous une forme acceptable par le Vice-président senior, Finance, qu'une personne est un patient de la clinique concernée.
- (iii) Le YNHHS peut utiliser des conclusions d'admissibilité antérieures pour présumer que la personne concernée est toujours admissible aux soins gratuits dans le cadre de la présente politique.

6. Relation avec les pratiques de recouvrement du YNHHS

Un Hôpital (et n'importe quelle agence de recouvrement ou autre partie qu'il a chargée de recouvrer une dette) ne s'engagera pas dans une quelconque mesure de recouvrement extraordinaire (« ECA ») avant 120 jours à compter de l'émission du premier relevé de facturation après la sortie d'hôpital dans le cadre de soins et avant d'avoir pris des mesures raisonnables pour déterminer si un patient ou une autre personne qui est financièrement responsable du paiement d'un compte (personne[s] responsable[s]) remplit les critères d'admissibilité à la FAP. Toute ECA devra être approuvée par le Vice-président senior, Finance ou son (ses) délégué(e)(s), qui devront confirmer, avant l'approbation, que les conditions relatives aux mesures raisonnables prescrites par la présente FAP ont été remplies.

L'Hôpital suivra son cycle de facturation des comptes clients conformément aux processus et pratiques opérationnels internes. Dans le cadre de ces processus et pratiques, l'Hôpital devra, au minimum, aviser les patients de sa FAP à partir de la date où les soins sont prodigués et pendant toute la durée du cycle de facturation des comptes clients (ou pendant toute la période prescrite par la loi, la durée la plus longue étant retenue) de la manière suivante :

1. Tous les patients recevront un récapitulatif en langage simple et un formulaire de demande d'aide financière dans le cadre de la FAP au moment de l'admission ou de la sortie d'un Hôpital.
2. Au moins trois relevés distincts pour les comptes relatifs à des montants à charge seront envoyés par courrier postal ou électronique à la dernière adresse connue du patient et de toute autre personne responsable, sous réserve cependant, qu'il ne soit nécessaire d'envoyer aucun autre relevé après le dépôt d'une demande d'aide financière par une ou des personnes responsables dans le cadre de la FAP ou après le paiement de la totalité du solde. Au moins 60 jours se sont écoulés entre le premier et le dernier des trois envois obligatoires par courrier postal ou électronique. La ou les personnes responsables sont dans l'obligation de fournir une adresse postale ou électronique correcte au moment du service ou de leur déménagement. Si un compte n'a pas d'adresse valable, il faudra procéder à la détermination de « mesures raisonnables ». Les relevés de compte de chaque patient pour des comptes de reste à charge devront inclure, sans exclusivité toutefois :
 - a. un récapitulatif précis des services hospitaliers concernés par le relevé ;
 - b. les frais correspondant à ces services ;
 - c. le montant devant être réglé par la ou les personnes responsables (ou, si ce montant n'est pas connu, une estimation de bonne foi de ce montant à la date du relevé initial) ;et
 - d. un avis écrit visible qui avise et informe la ou les personnes responsables de l'existence de l'aide financière dans le cadre de la FAP, y compris le numéro de téléphone du service et l'adresse directe du site internet sur lesquels il est possible d'obtenir un exemplaire des documents.
3. Au moins un des relevés envoyés par courrier postal ou électronique devra inclure l'avis écrit qui informe la ou les personnes responsables des ECA devant être prises si la ou les personnes responsables ne déposent pas la demande d'aide financière dans le cadre de la FAP ou payent le montant dû avant la date d'échéance de la facture. Ce relevé devra être fourni à la ou aux personnes responsables au moins 30 jours avant la date limite indiquée sur le relevé. Un récapitulatif en langage simple devra accompagner ce relevé. La ou les personnes responsables sont dans l'obligation de fournir une adresse postale ou électronique correcte au moment du service ou de leur déménagement. Si un compte n'a pas d'adresse valable, il faudra procéder à la détermination de « mesures raisonnables ».

4. Avant de lancer une ECA, il faudra essayer de contacter la ou les personnes responsables par téléphone au dernier numéro connu, le cas échéant, au moins une fois pendant la série de relevés envoyés par courrier postal ou électronique si le compte demeure impayé. À l'occasion de toutes les conversations, le patient ou la ou les personnes responsables seront informés de l'existence de l'aide financière éventuellement disponible dans le cadre de la FAP.
5. Sous réserve du respect des clauses de la présente politique, un Hôpital YNHHS pourra prendre les ECA répertoriées dans la pièce jointe 2 de la présente politique pour obtenir le paiement des services médicaux fournis.

7. Disponibilité de la politique

Pour obtenir des exemplaires de la FAP, un récapitulatif en langage simple de la FAP et un formulaire de demande FAP, consulter le site suivant :

<https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance>.

Chaque Hôpital met à disposition gratuitement des exemplaires de la FAP, un récapitulatif en langage simple de la FAP et le formulaire de demande FAP sur demande postale ou en personne au service des urgences de l'Hôpital et dans tous les bureaux d'inscription, sous format papier en anglais et dans la langue maternelle de toutes les populations ayant une compétence limitée en anglais, qui représentent 1 000 personnes ou 5 % de la population prise en charge par l'Hôpital, le chiffre le plus bas étant retenu. La pièce jointe 3 présente une liste des langues.

Contactez les Services généraux d'entreprise au (855) 547 4584 (numéro gratuit) pour des informations concernant les critères d'admissibilité ou les programmes dont vous pourriez bénéficier, pour demander l'envoi par courrier postal d'un exemplaire de la FAP, d'un récapitulatif en langage simple de la FAP, du formulaire de demande FAP, ou de la Politique de facturation et de recouvrement, ou si vous avez besoin de la traduction de la demande FAP. En outre, les patients peuvent demander au Bureau d'inscription des patients, aux Services financiers des patients et au Service de gestion des dossiers sociaux de lancer la procédure de demande de FAP.

D'autres mesures visant à faire connaître la FAP sont notamment la publication d'avis dans les journaux de grande diffusion, l'inclusion d'un avis écrit relatif à la FAP sur les relevés de facturation, la notification de la FAP dans les communications orales avec les patients concernant le montant dû et l'organisation de journées ouvertes et d'autres séances informelles.

8. Respect des lois étatiques

Chaque Hôpital doit respecter les lois étatiques en vigueur, notamment, mais sans exclusivité, les Statuts généraux du Connecticut (Connecticut General Statutes) régissant les recouvrements par les Hôpitaux auprès des patients qui ne sont pas assurés, ainsi que la *Norme nationale pour la gratuité des soins (Statewide Standard for the Provision of Charity Care)* du Rhode Island prévue au Chapitre 11.3 des Règlements et réglementations concernant la conversion des hôpitaux (Rules and Regulations Pertaining to Hospital Conversions ou « Réglementations RI ») du ministère de la Santé du Rhode

Island et la Norme nationale pour les soins sans contrepartie (*Statewide Standard for the Provision of Uncompensated Care*) prévue au Chapitre 11.4 des Réglementations RI.

RÉFÉRENCES

Internal Revenue Code 501(c)(3)

Internal Revenue Code 501(r)

Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.

RI Regulations 11.3 et 11.4

POLITIQUES ASSOCIÉES

Politique de facturation et de recouvrement du YNHHS

Politique EMTALA du YNHHS : dépistage médical/stabilisation, garde et transfert

Politique de Yale New Haven Hospital — Répartition des fonds destinés aux soins gratuits NC:F-2

Politiques et procédures de consultation externe du Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

Pièce jointe 1

Directives fédérales sur la pauvreté (Federal Poverty Guidelines, FPG) et barème de l'aide financière

Les montants FPG sont régulièrement mis à jour dans le Registre fédéral par le Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis. Les montants FPG actuels sont précisés à l'adresse suivante : <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

Au 27 janvier 2021, les montants FPG étaient les suivants. *Ces montants peuvent faire l'objet de modifications*. Les patients admissibles à l'aide financière dans le cadre de la présente politique bénéficieront de l'aide à tous les Hôpitaux Yale New Haven Health selon le barème ci-dessous :

	Nom FAP	Soins gratuits	Soins à tarif réduit	Barème A	Barème B	Barème C
	Admissibilité à la prise en charge	Patients assurés ou non	Patients qui ne sont pas assurés	Patients assurés	Patients assurés	Patients assurés
	Remise FAP	100 %	69 %	35 %	25 %	15 %
	Admissibilité du revenu brut	0 % - 250 % FPL	251 % - 550 % FPL	251 % - 350 % FPL	351 % - 450 % FPL	451 % - 550 % FPL
Taille de la famille	1	0 \$ - 32 200 \$	32 201 \$ - 70 840 \$	32 201 \$ - 45 080 \$	45 081 \$ - 57 960 \$	57 961 \$ - 70 840 \$
Taille de la famille	2	0 \$ - 43 550 \$	43 551 \$ - 95 810 \$	43 551 \$ - 60 970 \$	60 971 \$ - 78 390 \$	78 391 \$ - 95 810 \$
Taille de la famille	3	0 \$ - 54 900 \$	54 901 \$ - 120 780 \$	54 901 \$ - 76 860 \$	76 861 \$ - 98 820 \$	98 821 \$ - 120 780 \$
Taille de la famille	4	0 \$ - 66 250 \$	66 251 \$ - 145 750 \$	65 251 \$ - 92 750 \$	92 751 \$ - 119 250 \$	119 251 \$ - 145 750 \$
Taille de la famille	5	0 \$ - 77 600 \$	77 601 \$ - 170 720 \$	77 601 \$ - 108 640 \$	108 641 \$ - 139 680 \$	139 681 \$ - 170 720 \$
Taille de la famille	6	0 \$ - 88 950 \$	88 951 \$ - 195 690 \$	88 951 \$ - 124 530 \$	124 531 \$ - 160 110 \$	160 111 \$ - 195 690 \$

Calculs de l'AGB

Les pourcentages d'AGB sont calculés une fois par an. Les AGB de l'année civile 2021 (% des frais à charges) par Hôpital sont : BH 32,6 %, GH 34,8 %, LMH 37,7 %, YNHH 34,6 % et WH 30,1 %. Par conséquent, le pourcentage de remise le plus favorable aux patients du YNHHS admissibles aux soins à tarif réduit dans le cadre de la présente politique pour 2021 serait égal au plus au paiement de 30 % des frais à charge bruts.

Pièce jointe 2

MESURES DE RECOUVREMENT EXTRAORDINAIRES

Droit de rétention sur bien immobilier

Le droit de rétention sur une résidence sont autorisées uniquement si :

- a) le (la) patient(e) a eu la possibilité de demander des fonds pour des lits gratuits et n'a pas répondu, a refusé ou a été jugé(e) inadmissible pour en bénéficier ;
- b) le (la) patient(e) n'a pas demandé ou n'a pas été jugé(e) admissible à d'autres aides financières dans le cadre de la Politique d'aide financière de l'Hôpital, afin d'aider au paiement de sa dette ou a été jugé(e) admissible en partie mais n'a pas réglé la part dont il (elle) était responsable ;
- c) le (la) patient(e) n'a pas tenté de convenir ou n'a pas accepté un échéancier de paiement et ne respecte pas les échéanciers de paiement fixés par l'Hôpital et le (la) patient(e) ;
- d) le total des soldes des comptes est supérieur à 10 000 \$ et le ou les biens immobiliers devant faire l'objet du droit de rétention ont une valeur estimée à 300 000 \$ au minimum ;
- e) le droit de rétention n'entraînera pas la saisie d'une résidence principale.

Pièce jointe 3

Langues disponibles pour les personnes dont la compétence en anglais est limitée.

Albanais
Arabe
Bengali
Chinois simplifié
Français
Créole français (Créole haïtien)
Allemand
Grec
Hindi
Italien
Japonais
Coréen
Pashto
Dari
Farsi
Polonais
Portugais
Créole portugais (Capverdien)
Russe
Espagnol
Swahili
Tagalog
Tigrinya
Turc
Vietnamien