

Aide financière pour la politique de services hospitaliers EMHS (FAP)

DÉFINITIONS :

Sommes généralement facturées (AGB) :

AGB - Montant généralement facturé : le montant généralement facturé en cas d'urgence ou autres soins médicaux nécessaires pour les personnes qui ont une assurance-maladie couvrant de tels soins. L'EMHS calcule l'AGB annuellement pour chacun de ses hôpitaux membres. EMHS utilise la méthode « de révision » (look-back method" pour calculer l'AGB. En vertu de la méthode de révision, l'EMHS prend l'ensemble des paiements que l'hôpital a reçu de tous les plans commerciaux et d'assurance-maladie au cours des années fiscales précédentes de l'hôpital et puis diviser ce nombre par le total des frais d'hospitalisation de ces plans commerciaux et d'assurance-maladie au cours de cette année antérieure. Pour demander une description écrite de la procédure utilisée par l'EMHS pour le calcul de l'AGB ou pour un hôpital particulier. Veuillez contacter (207) 973-6473 ou (207) 973-4483. Ou sur le Web à <http://emhs.org/Billing-Help.aspx>

Période de postulation : La période durant laquelle EMHS doit accepter et traiter une postulation de soutien financier. La période de postulation commence à la date à laquelle les soins sont fournis par EMHS à un individu et se termine au plus tôt le 240^{ième} jour après la date du relevé de facturation suivant le congé pour les soins fournis.

Chirurgie esthétique élective Manuel de l'hôpital Medicare CMS, Section 250.11. La chirurgie esthétique inclut les procédures chirurgicales ayant pour but d'améliorer l'apparence, sauf lorsque requis pour la réparation prompte (aussitôt que médicalement possible) d'une blessure accidentelle ou pour l'amélioration du fonctionnement d'un membre du corps malformé.

Mesures extraordinaires de collecte (ECA) – Les mesures suivantes prises contre un individu, ou contre un autre individu qui a accepté ou doit accepter la responsabilité de la facture de l'hôpital de l'individu pour les soins, relié à l'obtention du paiement d'une facture pour les soins couverts sous la FAP : (i) vendre la dette d'un individu à une autre partie; (ii) rapport de renseignements défavorables sur l'individu aux agences d'évaluation du crédit à la consommation ou les bureaux de crédit; et (iii) actions demandant un processus légal ou judiciaire ou (ex: placer un privilège sur la propriété d'un individu, saisir la propriété d'un individu, garnir le salaire d'un individu).

Les ECA **n'incluent pas** le placement de privilèges sur la propriété d'un patient pour obtenir les recettes de règlements, de jugements, de compromis découlant d'une plainte d'un patient contre un tiers ayant causé les blessures au patient.

Les ECA **n'incluent pas** la vente par un hôpital d'une dette individuelle à un tiers si, avant la vente, l'hôpital entre dans un accord écrit liant légalement avec l'acheteur de la dette contenant quatre

conditions :

1. l'acheteur de la dette doit accepter de ne pas faire usage de ECA pour obtenir le paiement de la dette ;
2. l'acheteur de la dette doit accepter de ne pas charger des intérêts sur la dette surpassant le taux en vigueur sous la Section 6621(a)(2) au moment où la dette est vendue (ou autre taux d'intérêt mis en place par l'avis ou par un autre conseil publié dans l'Internal Revenue Bulletin ;
3. la dette doit être remboursable ou doit pouvoir être rappelée par l'hôpital suivant la décision par l'hôpital ou l'acheteur que l'individu est admissible au FAP; et
4. s'il est décidé que l'individu est admissible au FAP et que la dette n'est pas remboursée ou rappelée par l'hôpital, l'acheteur doit adhérer aux procédures spécifiées dans l'accord qui assure que l'individu ne paie pas, et n'a aucune obligation de payer, à l'acheteur et à l'hôpital regroupés, plus que le montant duquel l'individu est personnellement responsable en tant qu'individu admissible au FAP.

Les ECA **n'incluent pas** le dépôt d'une réclamation d'une procédure de faillite.

Soin d'urgence –

- Un individu se présente au département d'urgence (« ED ») et demande un examen ou un traitement pour toute condition médicale; ou
- Le patient est traité dans un département ou par une pratique proposés au public (par nom, signes affichés, annonces ou par d'autres moyens) comme étant un endroit fournissant des soins pour des conditions médicales d'urgence sur une base urgente sans nécessité de rendez-vous à l'horaire (ex: un centre de soins d'urgence, salles de travail et d'accouchement hors campus, etc.);

Famille : Une famille est un groupe de deux personnes ou plus reliées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui demeurent ensemble et parmi lesquels il y a des responsabilités légales de soutien ; toutes ces personnes sont considérées comme une famille.

Revenu familial : Les salaires bruts, les salaires, les dividendes, les intérêts, les prestations de sécurité sociale, indemnisation des travailleurs, prestations aux anciens combattants, les allocations de formation, allotissements militaires, soutien régulier de membres de la famille qui ne vivent pas dans le ménage, les pensions du gouvernement, les pensions privées, des paiements de revenus d'assurance et de rentes, revenus de loyers, redevances, successions et fiducies. Toutes les formes de revenus de travail autonome sont inclus.

Seuil fédéral de la pauvreté (FPL) : Le seuil fédéral de la pauvreté tel que déterminé par le United States Department of Health and Human Services et publié dans le registre fédéral.

Postulation au soutien financier : La postulation complétée en conformité avec le processus mentionné à la section C de cette politique.

Charges brutes : Le prix complet établi de l'hôpital pour des soins médicaux facturés aux patients de façon uniforme et constante avant d'appliquer des indemnités contractuelles, des réductions ou des déductions.

Soins médicalement nécessaires : Services médicaux ou produits qui :

1. sont prescrits par un médecin et sont appropriés et nécessaires considérant les symptômes, le diagnostic ou le traitement du problème de santé médical ou mental;
2. sont fournis pour le diagnostic ou le soin et le traitement direct d'un problème de santé médical ou mental;
3. répond aux normes de la bonne pratique médicale dans la communauté de la santé médicale et mentale du secteur de services;
4. ne sont pas faits principalement pour la commodité du patient ou du fournisseur; et
5. représentent le niveau ou la fourniture d'un service le plus approprié pouvant être fourni de façon sécuritaire ou, lorsque nécessaire, tel que déterminé par l'application du processus d'examen.

Ménage composé de familles multiples - Si un ménage inclut plus qu'une famille et/ou plus qu'un individu non-reliés, les directives sur le revenu sont appliquées séparément à chaque famille et/ou chaque individu non-relié, et pas au ménage en entier.

BUT : Cette politique aborde les soins gratuits et les prix réduits et soutient l'engagement des systèmes de soins de santé de l'Est du Maine (EMHS) à fournir un accès à des soins de santé abordables, de haute qualité d'une manière fiscalement responsable, sans égard à la capacité du patient à payer. La disposition pour le soutien financier est cohérente, appropriée et essentielle pour répondre à notre mission, notre vision et nos valeurs.

POLITIQUE : Afin de promouvoir la santé et le bien-être des communautés déservies, les individus sans assurance ou avec une assurance insuffisante ayant des ressources financières limitées qui ne sont pas admissibles aux divers programmes peuvent postuler pour des soins de santé gratuits ou à tarif réduit en fonction des critères établis énoncés dans cette politique. L'objectif est d'assurer que le soutien financier est rendu disponible à ceux qui sont dans le besoin et qui sont le moins capables de payer.

I. RESTRICTIONS :

A. Cette politique s'applique aux :

1. Résidents du Maine recevant des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaire tel que déterminé par le jugement clinique du fournisseur sans égard au statut financier du patient, et qui répondent aux critères énumérés ci-dessous.
2. Les non-résidents du Maine demandant des soins d'urgence et qui répondent aux critères énumérés ci-dessous.

B. Le soutien financier ne :

1. Fournit pas d'assurance santé
2. Constitue pas un substitut ou un supplément à l'assurance santé
3. Garantit pas d'avantages
4. Couvre pas les fournisseurs de soins de santé ne faisant pas partie de EMHS

5. Exclut pas les coassurances minimales requises par les règlements ou pour des raisons cliniques (ex: programme de traitement pour les conjoints violents, programme de traitement pour les stupéfiants)
6. Couvre pas la chirurgie esthétique électorive

II. ADMISSIBILITÉ À DES SOINS GRATUITS OU ESCOMPTÉS

A. Le soutien financier pour les soins médicalement nécessaires est disponible pour les :

Résidents du Maine qui :

- N'ont aucune couverture d'assurance ou ont une couverture d'assurance qui paie seulement une partie de la facture ;
et
- Répondent aux critères de revenus mentionnés ci-dessous.

B. Le soutien financier pour les soins d'urgence est disponible pour les :

Résidents du Maine et non-résidents du Maine qui :

- N'ont aucune couverture d'assurance ou ont une couverture d'assurance qui paie seulement une partie de la facture ;
et
- Répondent aux critères de revenus mentionnés ci-dessous.

Les hôpitaux EMHS fournissent un soutien financier à 100%/des soins gratuits en fonction des critères définis ci-dessous :

- Revenu brut sous 150% du FPL, soumis au financement
- Patient résidant au Maine
- Non-résident du Maine demandant des soins d'urgence
- Pour les services ou produits qui représentent une nécessité médicale
- Toutes les sources tierces du payeur ont été épuisées

Les hôpitaux EMHS fournissent des soins gratuits partiels (au moins le plus élevé de 50% ou le rabais AGB de l'EMHS Hospital pour les frais approuvés) selon les critères définis ci-dessous

- Revenu brut entre 150 et 250% du FPL
- Le patient réside au Maine
- Non-résident du Maine demandant des soins d'urgence
- Pour les services ou produits qui représentent une nécessité médicale
- Toutes les sources tierces du payeur ont été épuisées

C. Aucun individu admissible au soutien financier ne se verra facturé plus, pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, que le AGB calculé.

PROCÉDURE :

I. IDENTIFICATION DE PATIENTS POTENTIELLEMENT ADMISSIBLES

- A. Lorsque possible, avant la date de service du patient, l'entité EMHS conduira une entrevue, avant l'admission, avec le patient, le garant, et / ou son représentant légal. Si une entrevue de pré-admission n'est pas possible, l'entrevue devra être conduite au moment du service ou aussitôt que possible, après le service. Dans le cas d'une admission d'urgence, l'évaluation de EMHS des alternatives de paiement ne devra pas être faite jusqu'à ce que les soins médicaux requis aient été fournis. Au moment de l'entrevue initiale du patient, les informations suivantes devront être recueillies :
 1. Données démographiques de routine et étendues.
 2. Informations complètes concernant toutes les couvertures tierces existantes.
- B. Tous les patients auront l'occasion d'appliquer pour un soutien financier. Lorsqu'un patient demande du soutien financier après avoir quitté l'établissement, un représentant du compte patient enverra un formulaire de postulation au soutien financier par la poste au patient/gardien afin qu'il soit complété.
- C. L'identification de patients potentiellement admissibles aura lieu à tout moment durant la période de postulation.
- D. Les conseillers financiers sont généralement disponibles durant les heures d'ouvertures régulières pour fournir les services suivants :
 1. Identifier les sources de paiements possibles telles que des assurances de responsabilité civile contre les accidents ou COBRA.
 2. Sélectionner les patients en ce qui concerne les couvertures possible sous les programmes de soutien d'État, fédéraux ou locaux, incluant les soins gratuits de l'hôpital.
 3. Soutenir les patients lors de leur postulation à des programmes d'assurance santé et de soins gratuits parrainés par l'état ou le fédéral.
 4. Discuter de questions financières.
 5. Établir des modalités de paiement.
 6. Fournir des estimés de prix.
 7. Fournir aux patients une facture détaillée sur demande
- E. L'entité EMHS pourrait se fier sur les informations obtenues par d'autres sources pour déterminer si l'individu est admissible au soutien.

II. MESURES POUR FAIRE CONNAÎTRE LARGEMENT LA POLITIQUE DE SOUTIEN FINANCIER DANS LA COMMUNAUTÉ

EMHS et ses organisations membres se conformeront à toutes les lois, règles et règlements applicables concernant les notifications aux patients concernant le soutien financier, incluant ce qui suit :

- A. Les signalisations et notifications individuelles contenant des renseignements sur la disponibilité des soins gratuits ou du soutien financier sont situés dans des zones publiques clés de l'hôpital, incluant mais sans s'y limiter : Enregistrement central/accès des patients, salle d'attente de la salle d'urgence, emplacements cliniques, salles d'attente

des médecins engagés par l'hôpital, emplacement des conseillers financier et le bureau d'affaires.

- B.** Des copies papier de cette politique, le formulaire de postulation au soutien financier, et le résumé en langage simple seront disponibles aux emplacements mentionnés en (A) ci-dessus et seront offertes aux patients dans le cadre du processus d'admission ou de congé.
- C.** Les renseignements comme des dépliants seront inclus dans les dossiers de services/renseignements du patient et/ou dans les zones d'admission des patients et sur demande par téléphone, par Internet ou en personne.
- D.** Un avis visible concernant la disponibilité du soutien financier, incluant le numéro de téléphone du bureau de l'hôpital ou du département pouvant fournir des renseignements à propos de cette politique et à propos du processus de postulation au soutien financier, et l'adresse Web où des copies de cette politique, ou les formulaires de postulation au soutien financier et / ou un résumé en langage simple peuvent être trouvés, seront inclus sur tous les relevés de facturation.
- E.** Toutes les informations publiques et/ou formulaires concernant les dispositions du soutien financier, incluant, mais sans s'y limiter, cette politique, la postulation au soutien financier, et le résumé en langage simple de cette politique, feront usage de langage approprié pour le secteur de service de l'établissement. S'il y a des langues maternelles autre que l'anglais parlées par au moins 1000 personnes ou 5 % de la communauté servie par l'hôpital, les informations publiques, les formulaires et/ou la signalisation sera fournie dans ces autres langues.
- F.** La section « Billing Help » de la page Web de l'hôpital, www.emhs.org/Billing-Help, fournit un lien vers la postulation du soutien financier, les instructions et des résumés en termes simples.
- G.** EMHS fera des efforts raisonnables pour notifier oralement un individu de la politique du soutien financier de l'hôpital et sur la manière d'obtenir du soutien avec le processus de postulation au soutien financier au moins 30 jours avant le début des actions de collecte exceptionnels (ECA) envers cet individu. Référez-vous à la politique de système EMHS # 16-009 pour consulter les procédures devant être suivies avant d'initier les ECA.
- H.** Si à tout moment durant la période de postulation, le patient exprime une incapacité de payer, le patient se verra informé de la disponibilité du soutien financier et obtiendra un formulaire de postulation pour le soutien financier.

III. MÉTHODE DE POSTULATION POUR LE SOUTIEN FINANCIER

- A.** Le patient doit recevoir et compléter un formulaire de postulation au soutien financier et fournir toutes les informations/documents requis à la vérification de l'admissibilité

Les types de données/documents étant requis pour la postulation au soutien financier sont énumérés dans les instructions de postulation au soutien financier.

- B.** Admissibilité présumée – Décision où un patient est présumé admissible pour les soins de charité en fonction de qualificatifs financiers et historiques :
 - 1) L'individu est admissible à certains programmes d'État, SNAP, TANF
 - 2) L'individu est actuellement admissible au Medicaid, mais ne l'était pas en date du service;
 - 3) L'individu est sans-abri;
 - 4) L'individu est décédé mais n'a aucune succession pouvant payer les dettes d'hôpital;
 - 5) L'individu est admissible pour obtenir du soutien par l'état sous le Violent Crimes Victims Compensation Act ou le Sexual Assault Victims Compensation Act;

- C.** La postulation au soutien financier servira de dossier reflétant l'approbation ou le refus au soutien financier.

- D.** Une demande d'aide financière approuvée émanant de tout hôpital EMHS sera utilisée pour déterminer de manière présomptive l'admissibilité d'un hôpital EMHS pour une période de six mois à compter de la date d'approbation, sauf si l'une des conditions suivantes s'applique:
 - 1) Rendu subséquent des services d'hospitalisation;
 - 2) le changement de revenu;
 - 3) Changement de taille de la famille;
 - 4) Changement de statut d'emploi.

- E.** Les personnes peuvent contacter un hôpital EMHS pour plus d'informations sur le processus de demande d'aide financière et pour obtenir de l'aide avec la demande d'aide financière. Une liste des hôpitaux membres et des informations de contact peut être consultée via www.emhs.org/Billing-Help.aspx.

- F.** Les hôpitaux EMHS fourniront, sans discrimination, des soins médicaux d'urgence pour les conditions (au sens de l'article 1867 de la Loi sur la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd) à des personnes peu importe leur admissibilité pour une assistance dans le cadre de cette police et comme l'exige la Loi sur les traitements médicaux d'urgence et du travail actif Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (« EMTALA »), Traitement d'urgence et Règles de transfert. Les hôpitaux EMHS ne participeront aucunement dans des activités qui dissuader certaines personnes de demander des soins médicaux d'urgence, comme en exigeant les patients de payer avant de recevoir un traitement pour des conditions médicales d'urgence ou en autorisant les activités de recouvrement de créances qui interfèrent avec la fourniture, sans discrimination, des soins médicaux d'urgence.

IV. ACTIONS DE COLLECTE EXTRAORDINAIRES (ECA)

a. Exigences générales avant l'initiation d'ECA

Les hôpitaux EMHS ne peuvent pas initier de ECA pendant au moins 120 jours à partir de la

date à laquelle l'hôpital EMHS fournit le premier relevé de facturation suivant le congé pour les soins jusqu'à ce que l'individu soit avisé par le FAP. De plus, avant d'entamer une ECA contre un individu, les hôpitaux EMHS doivent faire des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité d'un individu au soutien financier sous le FAP en conformité avec la **Section 1** ci-dessous. Les ECA ne peuvent pas être entamées si le patient a conclu une entente de paiement avec l'hôpital. Finalement, avant d'entamer un EMA, le CFO ou son désigné doit déterminer que l'hôpital a fait des efforts raisonnables pour déterminer si l'individu est admissible au FAP et s'il s'est conformé à cette politique. Aucun ECA ne peut être entamé avant cette décision par le CFO ou son désigné.

i. Efforts raisonnables

Un hôpital EMHS sera réputé avoir fait des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible à une aide financière en vertu du PAF si l'hôpital EMHS: (i) détermine que la personne satisfait aux exigences d'une présomption d'admissibilité; ou (ii) fournit un avis adéquat à la personne au sujet du PAF et traite toute demande de PAF soumise par le particulier (que la demande soit complète ou incomplète) conformément aux procédures suivantes.

- a. Pour effectuer une détermination d'admissibilité réputée, l'hôpital doit déterminer que l'individu est admissible au soutien financier en se basant sur d'autres informations que celles fournies par l'individu ou en se basant sur une détermination d'admissibilité FAP précédente. Si l'individu est déterminé de façon réputée comme admissible à un soutien inférieur au plus généreux disponible sous le FAP, l'hôpital doit
 - i. Aviser l'individu de la base de la décision et sur comment appliquer pour un soutien plus généreux sous le FAP ;
 - ii. Donner à l'individu une période de temps raisonnable pour appliquer à un soutien plus généreux avant d'initier un ECA ; et
 - iii. Si l'individu soumet une postulation FAP complète demandant un soutien plus généreux à l'intérieur de la période de postulation, suivez les étapes décrites à la **Section 3** ci-dessous.

- b. Dans le but de fournir un avis approprié à l'individu en ce qui concerne le FAP, les hôpitaux EMHS doivent faire tout ce qui suit :
 - i. Notifier l'individu du FAP de **toutes** les façons suivantes, au moins 30 jours avant l'initiation d'un ou de plusieurs ECA :
 1. Fournir à l'individu un avis écrit indiquant que le soutien financier est

disponible pour les individus admissibles, identifier les ECA que l'hôpital EMHS a l'intention d'utiliser pour obtenir le paiement, et énoncer une date limite après laquelle les ECA peuvent être initiés, cette date limite ne pouvant pas être plus tard que 30 jours après la date à laquelle l'avis écrit est fourni.

2. Inclure un résumé en langage simple du FAP avec l'avis écrit.
 3. Faire des efforts raisonnables pour aviser oralement l'individu en ce qui concerne le FAP et comment l'individu peut obtenir du soutien dans le processus FAP.
 - ii. Si l'individu soumet une postulation FAP **incomplète** durant la période d'application, l'hôpital EMHS suivra les étapes suivantes mentionnées dans la **Section 2** ci-dessous.
 - iii. Si l'individu soumet une postulation FAP **complète** durant la période d'application, l'hôpital EMHS suivra les étapes suivantes mentionnées dans la **Section 3** ci-dessous.
- 2. Procédures supplémentaires si une postulation FAP incomplète est soumise**
- a. En plus de se conformer avec les exigences d'avis décrites à la **Section 2** ci-dessus, les hôpitaux EMHS doivent fournir aux individus soumettant une postulation FAP incomplète durant la période de postulation un avis sur comment compléter la postulation FAP et une opportunité raisonnable de le faire. Pour satisfaire ces exigences, les hôpitaux EMHS doivent respecter tout ce qui suit :
 - i. Ne pas initier de ECA, ou continuer à agir sur des ECA précédemment initiés.
 - ii. Fournir à l'individu un avis écrit contenant les informations suivantes :
 - Description de l'information et/ou de la documentation sous le FAP ou le formulaire de la postulation FAP devant être soumise pour compléter la postulation FAP.
 - Coordonnées, incluant numéro de téléphone et emplacement physique de :
 - (i) le bureau de l'hôpital ou le département pouvant fournir des informations sur le FAP; et
 - (ii) soit (a) le bureau de l'hôpital ou le département pouvant fournir du soutien avec le processus de postulation FAP, ou (b) au moins une organisation caritative ou agence gouvernementale que l'hôpital a identifié comme une source disponible de soutien avec les postulations FAP.
 - b. Si l'individu soumet une postulation FAP complète durant la période d'application, les hôpitaux EMHS doivent suivre les procédures mentionnées à la **Section 3** ci-dessous.
- 3. Procédures supplémentaires si une postulation FAP complète est soumise**
- a. En plus de se conformer aux exigences de notification décrites dans la section 1 ci-dessus, les hôpitaux EMHS doivent faire tout ce qui suit en ce qui concerne une personne qui soumet une demande FAP complète au cours de la période de demande:

- i. Ne pas initier, ou prendre d'autres mesures sur les ECA déjà initiées.
 - ii. Déterminer si la personne est admissible à une aide financière en vertu du PAF. Si la personne est jugée admissible à une aide financière, l'hôpital EMHS doit également suivre les étapes énumérées à la section 3.b. au dessous de.
 - iii. Aviser la personne de la détermination de l'admissibilité par écrit, y compris l'aide pour laquelle la personne est admissible (le cas échéant) et le fondement de la détermination de l'admissibilité.
- b. Si la personne est jugée admissible à une aide financière en vertu du PAF, l'hôpital EMHS doit prendre les mesures supplémentaires suivantes:
- i. Rembourser toutes les sommes versées pour les soins qui excèdent le montant que le particulier est tenu de payer en tant que personne admissible au PAF, à moins que le montant du remboursement ne soit inférieur à 5,00 \$. Les remboursements ne concernent que les paiements pour les épisodes de soins auxquels se rapporte la demande FAP d'un individu.
 - ii. Prendre toutes les mesures raisonnables pour annuler toute ECA prise contre l'individu pour obtenir le paiement des soins (par exemple, annuler un jugement, décharger un privilège ou un prélèvement, et supprimer toute information défavorable d'un rapport de crédit).
 - iii. Si la personne est admissible à une aide financière autre que des soins gratuits, fournir au particulier un relevé de facturation indiquant: (i) le montant que la personne doit pour les soins en tant que personne admissible au PAF; (ii) comment ce montant a été déterminé; et (iii) l'AGB

V. LISTE DE FOURNISSEURS OFFRANT DES SOINS D'URGENCE OU AUTRES SOINS MÉDICALEMENT NÉCESSAIRES

La liste des prestataires d'assistance financière d'EMHS, disponible à l'adresse <http://emhs.org/Billing-Help.aspx>, contient une liste des prestataires de chaque organisation membre de l'EMHS qui fournissent des soins d'urgence et / ou des soins médicalement nécessaires et spécifie lequel de ces prestataires sont couverts par cette politique. EMHS met régulièrement à jour sa liste de fournisseurs afin de s'assurer que la liste reste exacte et à jour. Cependant, il peut arriver que cette liste n'ait pas été mise à jour pour inclure un nouveau fournisseur ou refléter un changement dans le statut d'un fournisseur couvert ou non couvert par cette politique. EMHS recommande que les personnes consultent un conseiller financier EMHS chaque fois que possible pour confirmer si les informations sur un fournisseur particulier sont reflétées avec précision.

VI. VÉRIFICATION ET SIGNALEMENT

- A.** Un journal de postulation au SOUTIEN FINANCIER dans lequel les rapports périodiques peuvent être générés seront maintenus à part des autres bilans financiers requis.

- B.** Les activités de SOUTIEN FINANCIER seront rapportées à la communauté annuellement, en fonction des coûts estimés des services.