

财务补助政策摘要

Summary of Financial Assistance Policy

耶鲁纽黑文健康（Yale New Haven Health）了解，一些患者支付医疗账单可能有困难。因此，我们利用各种财务补助方案提供帮助。患者需要填写一份财务补助申请表，并且提供验证财务需求所需要的文件。

免费医疗

在下列情况下，您可能符合免费医疗的资格：

- 您的家庭收入低于或等于《联邦贫困水平》的 2½；以及
- 您填妥了一份财务补助申请表

折扣医疗

如果您具备下列条件，您可能符合折扣医疗的资格：

- 您的家庭收入低于或等于《联邦贫困水平》的 5% 倍；
- 您没有保险；以及
- 您填妥了财务援助申请表

滑动收费计划

在下列情况下，您可能符合滑动收费计划的资格：

- 您的家庭收入低于或等于《联邦贫困水平》的 5% 倍；
- 您没有保险；以及
- 您填妥了财务援助申请表

常见问题解答

符合计划资格的最高收入水平是什么？

关于每项计划的最高收入水平的详细信息，请上网访问 www.ynhhs.org/financialassistance。

是否有其他经济补助资格要求？

除了符合收入资格要求之外，您还必须有当前的账单或预定的约诊，并且必须是美国公民或居民，才能符合资格。

经济补助涵盖哪些服务？

我们的经济补助方案仅涵盖耶鲁纽黑文健康提供的急诊和其他在医疗上必要的治疗服务的账单。可以在 www.ynhhs.org/financialassistance 网页上找到涵盖的服务提供者。

我符合资格的时间有多长？

一旦获得免费治疗、折扣治疗或滑动收费计划的批准，您的资格从批准申请之日起为期 12 个月。

如何知道我的申请是否被批准？

我们书面回复每一个申请。如果您的申请被拒绝，您可以随时重新申请。每年都有新的免费床位资金。

如果我还有疑问，可以与谁联系？

欲了解更多信息、获取免费的《财务补助政策》和申请表，或者寻求帮助填写申请表，请致电 855-547-4584 与患者财务和住院服务部联系。

更多计划详细信息

限制性床位资金

捐赠的限制性床位资金用于向符合个人资金标准的人提供免费或折扣医疗服务。如果您具有该资金提名人确定的业经证明的财务需求，并且您符合获得资金的标准（每一项资金有独特的标准），那么您可能有资格获得这些资金，以减少或消除您的账单。获得限制性床位资金并没有具体的收入限额。资格由资金提名人根据财务困难依个案而定。填写了 YNHHS 财务补助申请表的所有患者将自动被纳入限制性床位资金考虑。

耶鲁纽黑文医院“我和宝宝”方案

该方案适用于耶鲁纽黑文医院的患者。它向具备下列条件的合格患者提供产前护理，分娩和接生服务，以及一些产后医疗服务：

1. 您住在纽黑文县。
2. 您没有任何类型的健康保险。
3. 您的家庭收入低于或等于《联邦贫困水平》的 2½ 倍。
4. 您申请了《州政府补助》（Medicaid）并且收到了一个有效的书面决定。

欲了解关于《耶鲁纽黑文医院我和宝宝方案》的更多信息或者索取申请表，请到妇女中心找我们的代表，或者致电 203-688-5470。

Greenwich 医院门诊

Greenwich 医院门诊向申请了会员资格并且获得批准的人提供折扣医疗服务。该门诊接受持有康涅狄克州 Medicaid 的患者。如果您没有保险，在下列情况下，您可能符合资格：

1. 您是 Greenwich 居民
2. 您的家庭收入低于或者等于《联邦贫困水平》的 4 倍。

欲了解更多信息或者索取申请表，请致电 203-863-3334。

关于方案的注释

符合财务补助资格的患者在接受急诊和其他需要的医疗护理时的收费不会超过向有保险的患者收取的金额。我们向一些英语能力有限的群体提供我们的《财务补助政策》、《财务补助政策摘要》和《申请表》的翻译版本。

如何申请财务补助？

为了简化财务补助申请程序，耶鲁纽黑文健康（Yale New Haven Health）把一份申请表用于大多数财务补助方案。欲提出申请，请完成下列步骤。

步骤 1：填写申请表。

请回答申请表上的所有问题，签字并且注明日期。如果一个问题不适用于您的家庭，请在提供的空间填写“N/A”（不适用）。

补助 2：把收入证明附在申请表后面。收入证明是证明在您填写申请表时您的全家赚取收入金额的文件。参阅右边的表，了解可以使用的文件类型。

步骤 3：寄出申请表或者当面递交给我们。

请包括：

1. 填妥、签字和注明日期的申请表
2. 收入证明

邮寄：

Yale New Haven Health
SBO, Attn: Financial Assistance
PO BOX 1403
New Haven, CT 06505

当面递交：

请前往我们在下面的任何一个地点：

Bridgeport Hospital

267 Grant Street, Bridgeport, CT

Bridgeport Hospital – Milford Campus

300 Seaside Ave, Milford, CT

Greenwich Hospital

5 Perryridge Road, Greenwich, CT

Lawrence + Memorial Hospital

365 Montauk Avenue, New London, CT

Westerly Hospital

25 Wells Street, Westerly, RI

Yale New Haven Hospital

20 York Street, New Haven, CT

Yale New Haven Hospital –

St. Raphael Campus

20 York Street, New Haven, CT

欲了解更多信息、免费获取一份《财务协助政策》或者取得填写申请表的协助

电话联系：

855-547-4584

周一至周五 早上 7 时 30 分至下午 5 时

在线：

www.ynhhs.org/financialassistance

下列文件可以用作收入证明：

如果您的家庭收入来自 ...	您可以附上下列文件作为收入证明：（这些文件必须不超过6个月，您的最新联邦报税表例外，它可能时间更长。）
工资 （如果您领取薪水或者按照工作时间领取报酬）	<ul style="list-style-type: none"> – 两（2）份最近的工资单，或者 – 您的雇主使用公司信笺出具的一封信，写明您的工作小时以及每小时的工资（税前）
自雇收入 （如果您为自己工作）	<ul style="list-style-type: none"> – 最近的联邦报税表（必须由您签字）
福利 （社会安全，退伍军人，劳工工伤保险，失业福利，养老金，退休金，社会安全补助金，赡养费）	<ul style="list-style-type: none"> – 最近的福利发放函，或者 – 福利收入报表，或者 – 支票存根
租金收入	<ul style="list-style-type: none"> – 证明租金金额的租约或书面协议副本，或者 – 您写的一封信，说明您每年收到的租金金额
利息、股息或年金收入	<ul style="list-style-type: none"> – 最近的联邦报税表，或者 – 金融机构的报表，说明支付金额和频率，以及今年至今为止支付的金额
如果您没有收入	<ul style="list-style-type: none"> – 支持您的人写的一封信，或者 – 如果您没有支持您的人，寄一封签字和注明日期的信，解释您目前的财务状况

财务补助方案申请表
Application for Financial Assistance Programs

耶鲁纽黑文健康的大多数财务补助方案使用一份申请表。通过填写这份申请表，您将被纳入《免费医疗》、《折扣医疗》、《滑动收费》和《床位资金》方案的考虑。关于如何申请财务补助的说明，请参阅第 2 页。如果有关于这份申请表的任何疑问，请致电 855-547-4584 与我们联系。

1. 患者资料:

姓 _____ 名 _____

街道地址 _____ 出生日期 _____

城市 _____ 州 _____ 邮递区号 _____ 电话号码 _____

如果您怀孕，预产期是哪一天？ _____ 病历号码（如果有） _____

2. 家庭资料: 列出住在您家中的配偶及/或任何受抚养子女。不要包括非婚伴侣。 如果需要更多的空间，请附上单独的文件。

家庭成员姓名	与申请人的关系	出生日期

3. 收入资料:

包括您和配偶的所有收入来源资料。必须提供您和配偶的收入资料。包括所有的收入来源。收入来源可能包括，但不限于：工资/薪金，赡养费，社会安全，失业，租金收入，劳工工伤保险，以及子女抚养费。如果您没有收入，在申请书后面附上一封支持信函。（参阅第 2 页的说明）

家庭成员姓名	收入来源	赚取的税前金额	失业 / 无收入
		\$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每个月	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每个月	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每个月	<input type="checkbox"/>

4. 健康保险:

您是否有任何健康保险, 包括 Medicare、Medicaid 或外国的保险?
 是 否

如果是, 请把您的保险卡的正面和反面复印件附在这份申请表的后面, 或者填写下列各项:

保单持有人:	保险公司:	保单号码:
保单持有人:	保险公司:	保单号码:

5. 请在签字之前仔细阅读:

通过在下面签字, 我证明我在申请书上陈述的以及任何附件上的全部内容属实.

- 我了解, 本申请表上的任何不正确、不完整或虚假的信息可能导致我的财务补助申请被拒绝。
- 我准许耶鲁纽黑文健康 (Yale New Haven Health) 核实任何和所有的资料。
- 我准许耶鲁纽黑文健康 (Yale New Haven Health) 索取我的信用报告。
- 如果我因这项申请所包括的服务而收到任何类型的付款, 包括诉讼判决款, 我同意全额偿还我的财务补助款。
- 我同意把可能影响我的财务补助资格的任何变更通知耶鲁纽黑文健康 (Yale New Haven Health)。
- 我了解, 与我的财务补助申请相关, 耶鲁纽黑文健康 (Yale New Haven Health) 可能需要披露关于我的“受保护的健康资料” (该术语如《HIPAA 隐私规则》所定义, CFR 第 42 卷, 第 160 至 164 部分), 以便确定我的资格。
- 我了解, 任何这类披露将是为了付款目的, 如《HIPAA 隐私规则》所定义。

申请人或者法定监护人签字

日期

申请人或者法定监护人工整书写姓名

请记住随财务补助申请表附上收入证明或者一封支持信。

请将填妥的申请表寄到:

Yale New Haven Health
SBO, Attn: Financial Assistance
PO BOX 1403,
New Haven, CT 06505