Yale NewHaven Health

خلاصه خط مشی کمک مالی

Yale New Haven Health درک می‌کند که ممکن است پرداخت هزینه صورتحساب درمان برای برخی از بیماران دشوار باشد. به همین دلیل است که ما مجموعه‌ای مختلف از برنامه‌های کمک مالی برای کمک به شما داریم. بیماران ملزم هستند درخواست کمک مالی را تکمیل کنند و مدارک درخواستی را برای تأیید نیاز مالی ارائه دهند.

خدمات درمانی رایگان

ممکن است واجد شرایط خدمات درمانی رایگان باشید اگر:

- درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی 2½ برابر خط فقر فدرال باشد؛ و
- درخواست کمک مالی را تکمیل کنید

خدمات درمانی مشمول تخفیف

ممکن است واجد شرایط خدمات درمانی مشمول تخفیف باشید اگر:

- درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی 5½ برابر خط فقر فدرال باشد؛ و
- بیمه نداشته باشید؛ و
- درخواست کمک مالی را تکمیل کنید

مقیاس متغیر [جدول تطبیق هزینه با درآمد]

ممکن است واجد شرایط مقیاس متغیر باشید اگر:

- درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی 5½ برابر خط فقر فدرال باشد؛ و
- بیمه نداشته باشید؛ و
- درخواست کمک مالی را تکمیل کنید

پرسش‌های متداول

حداکثر میزان درآمد برای داشتن شرایط استفاده از این برنامه‌ها چقدر است؟

برای اطلاعات از جزئیات حداکثر میزان درآمد هر برنامه، از www.ynhhs.org/financialassistance دیدن کنید.

آیا شرایط دیگری برای دریافت کمک مالی وجود دارد؟

علاوه بر داشتن شرایط درآمد، باید صورتحساب‌های فعلی و نوبت داشته باشید و شهروند یا مقیم ایالات متحده باشید تا واجد شرایط استفاده از این برنامه‌ها باشید.

چه مواردی تحت پوشش کمک مالی است؟

برنامه‌های کمک مالی خدمات اورژانس و سایر خدمات درمانی دارای ضرورت پزشکی فقط برای صورتحساب‌های Yale New Haven Health را پوشش می‌دهد. پیوندی به فهرست ارائه‌دهندگان تحت قرارداد را می‌توان در www.ynhhs.org/financialassistance مشاهده کرد.

چه مدت واجد شرایط خواهم بود؟

زمانی که خدمات درمانی رایگان، خدمات درمانی مشمول تخفیف یا مقیاس متغیر تأیید شد، به مدت 12 ماه از تاریخ تأیید درخواست واجد شرایط خواهید بود.

چگونه متوجه شوم که با درخواست من موافقت شده است؟

ما به طور کتبی به هر درخواست پاسخ می‌دهیم. اگر درخواست رد شود، می‌توانید در هر زمانی دوباره درخواست دهید. هر سال بودجه بیشتری برای تخت رایگان در نظر گرفته می‌شود.

اگر پرسش بیشتری داشته باشم با چه کسی می‌توانم تماس بگیرم؟

برای کسب اطلاعات بیشتر، یک نسخه رایگان از خط مشی و درخواست کمک مالی را دریافت کنید یا برای کمک در تکمیل درخواست، با بخش خدمات مالی و پذیرش بیمار به شماره 855-547-4584 تماس بگیرید.

سایر جزئیات برنامه

وجوه محدود تخت

وجوه محدود تخت برای ارائه خدمات درمانی رایگان یا خدمات درمانی مشمول تخفیف به افرادی که واجد شرایط معیارهای مالی هستند، اهدا شده است. ممکن است واجد شرایط دریافت این وجوه برای کاهش مبلغ یا حذف صورتحساب باشید اگر طبق تشخیص معرف صندوق نیاز مالی خود را اثبات کرده باشید و تمامی شرایط لازم برای دریافت وجوه را داشته باشید (هر صندوق شرایط خاص خود را دارد). هیچ سقف درآمدی خاصی برای دریافت وجوه محدود تخت وجود ندارد. تعیین صلاحیت به صورت موردی و توسط معرفان صندوق بر اساس شرایط مالی دشوار انجام می‌شود. کلیه بیمارانی که درخواست کمک مالی YNHHS را تکمیل کنند به طور خودکار برای وجوه محدود تخت در نظر گرفته می‌شوند.

برنامه «من و نوزادم» (Me & My Baby) از Yale New Have Hospital

این برنامه برای بیماران Yale New Haven Hospital در دسترس است. طی این برنامه، خدمات پیش از زایمان و برخی خدمات پس از زایمان به‌صورت رایگان به افراد واجد شرایط ارائه می‌شود اگر:

1. در کانتی نیو هیون زندگی کنید.
2. هیچ گونه بیمه درمانی نداشته باشید.
3. درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی 2½ برابر خط فقر فدرال باشد (جدول حداکثر درآمد را ببینید).
4. فرم درخواست «من و نوزادم» (Me & My Baby) را تکمیل کنید.

برای دریافت اطلاعات بیشتر یا فرم درخواست ویژه برنامه «من و نوزادم» (Me & My Baby) از Yale New Have Hospital، لطفاً از ارئه‌دهنده خود بپرسید یا با **203-688-2481** تماس بگیرید.

کلینیک سرپایی Greenwich Hospital

کلینیک سرپایی Greenwich Hospital خدمات درمانی رایگان یا خدمات درمانی مشمول تخفیف را به افرادی ارائه می‌دهد که برای عضویت کلینیک درخواست کنند و عضویت آنها تأیید شود. اگر بیمه ندارید و واجد شرایط کمک دولتی (Medicaid) نیستید، ممکن است واجد شرایط باشید اگر:

1. ساکن Greenwich باشید
2. درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی 4 برابر خط فقر فدرال باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر یا دریافت فرم درخواست، لطفاً با **203-863-3334** تماس بگیرید.

نکته‌ای درباره برنامه‌ها

صورتحساب بیماران واجد شرایط کمک مالی بیشتر از صورتحسابی که معمولاً به بیماران دارای بیمه برای خدمات درمانی اورژانسی یا سایر خدمات با ضرورت پزشکی داده می‌شود، نخواهد بود. ترجمه خط مشی کمک مالی ما، خلاصه خط مشی کمک مالی و درخواست کمک مالی برای گروه‌های خاص با تسلط محدود به انگلیسی در دسترس است.

چگونه برای کمک مالی درخواست دهم؟

برای اینکه درخواست کمک مالی آسان‌تر شود، Yale New Haven Health از یک درخواست برای اغلب برنامه‌های کمک مالی استفاده می‌کند. برای درخواست، مراحل زیر را انجام دهید.

مرحله 1: درخواست را تکمیل کنید.
لطفاً به تمامی پرسش‌ها پاسخ دهید و درخواست را با درج تاریخ امضا کنید. اگر پرسشی در مورد خانواده شما صدق نمی‌کند، لطفاً عبارت «N/A» (نامربوط) را در محل مربوطه بنویسید.

مرحله 2: مدارک اثبات درآمد خود را به درخواست ضمیمه کنید. مدرک اثبات درآمد سندی است که میزان درآمد خانواده شما را در زمان تکمیل درخواست نشان می‌دهد. برای اطلاع از نوع اسناد قابل استفاده، جدول سمت راست را ببینید.

مرحله 3: درخواست را پست کنید یا حضوری به ما مراجعه نمایید.
لطفاً موارد زیر را ضمیمه درخواست کنید:

1. درخواست تکمیل و امضا شده با درج تاریخ
2. مدرک اثبات درآمد

ارسال پستی:

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

تحویل حضوری:

به یکی از مراکز ما با آدرس زیر مراجعه کنید:

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

برای کسب اطلاعات بیشتر یا برای کمک در تکمیل درخواست، یک نسخه رایگان خط مشی کمک مالی ما را دریافت کنید

تلفنی:
855-547-4584
دوشنبه تا جمعه 7:30 صبح – 5:00 عصر

آنلاین:
www.ynhhs.org/financialassistance

از اسناد زیر می‌توان به عنوان مدارک اثبات درآمد استفاده کرد:

اگر منبع درآمد خانواده شما...	می‌توانید کپی این اسناد را به عنوان مدارک اثبات درآمد ضمیمه کنید: (از تاریخ صدور این مدارک نباید بیش از شش ماه گذشته باشد به استثناء تازه‌ترین اظهارنامه مالیاتی که می‌تواند قدیمی‌تر باشد.)
دستمزد (اگر حقوق یا دستمزد شما بابت شغلی ساعتی باشد)	– دو (2) مورد از آخرین فیش‌های حقوقی، **یا** – نامه‌ای از کارفرما بر روی سربرگ شرکت مبنی بر تعداد ساعات کاری شما و میزان درآمد ساعتی شما (قبل از کسر مالیات)
درآمد مشاغل آزاد (اگر شغل آزاد دارید)	– آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال (باید آن را امضا کنید)
مزایا (تأمین اجتماعی، کهنه سربازان، غرامت کارگری، مزایای بیمه بیکاری، مستمری، صندوق‌های بازنشستگی، SSI، نفقه)	– آخرین نامه اعطای مزایا، **یا** – صورتحساب مزایا، **یا** – فیش‌های حقوقی
درآمد از اجاره	– کپی اجاره‌نامه یا توافقنامه کتبی مربوط به اجاره‌بها، **یا** – نامه کتبی از طرف شما که میزان اجاره‌بهای سالانه دریافتی شما را نشان دهد
سود، سود سهام، یا سود اوراق قرضه	– آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال، **یا** – صورتحساب مؤسسه مالی که میزان و دفعات پرداخت و میزان پرداختی امسال تا کنون را نشان دهد
اگر درآمدی ندارید	– نامه از طرف شخصی که حامی شماست، **یا** – اگر کسی را ندارید که از شما حمایت کند، یک نامه امضا شده با درج تاریخ ارسال کنید که در آن وضعیت مالی فعلی خود را شرح داده اید

درخواست استفاده از برنامه‌های کمک مالی

Yale New Haven Health از یک درخواست برای اغلب برنامه‌های کمک مالی استفاده می‌کند. با تکمیل این درخواست، برای استفاده از برنامه‌های خدمات درمانی رایگان، خدمات درمانی مشمول تخفیف، مقیاس متغیر و وجوه تخت ما در نظر گرفته می‌شوید. برای اطلاع از دستورالعمل نحوه درخواست کمک مالی، لطفاً به صفحه 2 بروید. اگر هرگونه سؤالی درباره این درخواست دارید، لطفاً با ما به شماره 855-547-4584 تماس بگیرید.

1. اطلاعات بیمار:

نام خانوادگی _____ نام _____

آدرس خیابان _____ تاریخ تولد _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____ شماره تلفن _____

شماره پرونده پزشکی (در صورت وجود) _____

2. اطلاعات خانواده:

نام همسر و/یا فرزندان تحت تکفل را که در خانه شما زندگی می‌کنند، ذکر کنید. شریک زندگی غیرثبتی را ذکر نکنید. در صورتی که به فضای بیشتری نیاز است، لطفاً یک سند جداگانه ضمیمه کنید.

نام عضو خانواده	نسبت با متقاضی	تاریخ تولد

3. اطلاعات درآمد:

اطلاعات مربوط به تمامی منابع درآمد خود و همسرتان را ذکر کنید. اطلاعات درآمد شما و همسرتان باید ذکر شود. منابع درآمد شامل اما نه محدود به موارد زیر می‌شود: دستمزد/درآمد، نفقه، تأمین اجتماعی، مزایای بیمه بیکاری، درآمد از اجاره، غرامت کارگری و نفقه فرزندان. اگر درآمدی ندارید، نامه حامی خود را ضمیمه درخواست کنید. (دستورالعمل مندرج در صفحه 2 را ببینید)

نام عضو خانواده	منبع درآمد	میزان دریافتی قبل از کسر مالیات	بیکار / بدون درآمد
		$_____ ☐ هفتگی ☐ دو هفتگی ☐ ماهانه	☐
		$_____ ☐ هفتگی ☐ دو هفتگی ☐ ماهانه	☐
		$_____ ☐ هفتگی ☐ دو هفتگی ☐ ماهانه	☐

4. بیمه درمانی:

آیا تحت پوشش بیمه درمانی شامل Medicare یا Medicaid یا بیمه کشوری خارجی هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ **بله** است، لطفاً یک کپی از پشت و روی کارت بیمه خود به این درخواست ضمیمه کنید یا اطلاعات زیر را وارد کنید:

صاحب بیمه‌نامه:	**شرکت بیمه:**	**شماره بیمه:**
صاحب بیمه‌نامه:	**شرکت بیمه:**	**شماره بیمه:**

5. لطفاً قبل از امضاء کردن، با دقت بخوانید:

اینجانب با امضاء این درخواست تصدیق می‌کند که همه مطالبی را که در این درخواست و ضمیمه‌های آن ذکر کرده‌ام، صحیح است.

- اینجانب می‌دانم که هر گونه اطلاعات اشتباه، ناقص یا غلط در این فرم می‌تواند به رد شدن درخواست من برای کمک مالی منجر شود.
- من به Yale New Haven Health اجازه می‌دهم تا صحت تمامی اطلاعات را بررسی کند.
- من به Yale New Haven Health اجازه می‌دهم تا گزارش اعتبار من را درخواست کند.
- من موافقت می‌کنم که در صورت دریافت هر گونه وجه شامل وجوه اعطایی ناشی از دادرسی بابت خدمات تحت پوشش این درخواست، مبلغ کمک مالی اعطایی را به طور کامل استرداد کنم.
- من موافقت می‌کنم که هر گونه تغییر در شرایط صلاحیت من برای دریافت کمک مالی را به Yale New Haven Health اطلاع دهم.
- من درک می‌کنم که در رابطه با درخواست خود برای کمک مالی، ممکن است لازم باشدYale New Haven Health اطلاعات حفاظت شده پزشکی (طبق تعریف قاعده حریم خصوصی HIPAA، 42 CFR بخش‌های 160 تا 164) من را برای تعیین صلاحیت من افشا کند.
- من می‌دانم که هر گونه افشاء اطلاعات برای مقاصد مربوط به پرداخت طبق تعریف قاعده حریم خصوصی HIPAA خواهد بود.

_____ _____

امضاء متقاضی یا قیم قانونی تاریخ

_____

نام متقاضی یا قیم قانونی با حروف بزرگ و خوانا

به خاطر داشته باشید که مدرک اثبات درآمد یا نامه حامی را ضمیمه درخواست کمک مالی خود کنید.

درخواست تکمیل شده را به آدرس زیر ارسال کنید:

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