

## Riepilogo della Politica di sostegno finanziario

Yale New Haven Health sa che per alcuni pazienti è difficile affrontare il pagamento delle fatture mediche. Per questo motivo, dispone di una serie di programmi di sostegno finanziario pensati per venire incontro alle loro esigenze. I pazienti sono tenuti a compilare una richiesta di sostegno finanziario e a fornire i documenti richiesti, allo scopo di verifica delle condizioni finanziarie.

### Assistenza gratuita

**Potrebbe avere i requisiti per l'assistenza gratuita se:**

- Il reddito della sua famiglia è inferiore o uguale a 2½ volte la soglia di povertà federale; e
- Ha compilato la richiesta di sostegno finanziario

### Assistenza agevolata

**Potrebbe avere i requisiti per l'assistenza agevolata se:**

- Il reddito della sua famiglia è inferiore o uguale a 5½ volte la soglia di povertà federale;
- Non gode di assicurazione; e
- Ha compilato la richiesta di sostegno finanziario

### Scala indicizzata

**Potrebbe avere i requisiti per il programma a scala indicizzata se:**

- Il reddito della sua famiglia è inferiore o uguale a 5½ volte la soglia di povertà federale;
- Possiede un'assicurazione; e
- Ha compilato la richiesta di sostegno finanziario

## Domande frequenti

### Quali sono le soglie di reddito massimo per essere idonei ai programmi?

Per i dettagli relativi alle soglie di reddito massimo di ciascun programma, consulti il sito [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Esistono altri requisiti per il sostegno finanziario?

Oltre a soddisfare i requisiti di reddito, per avere diritto al sostegno deve avere fatture non ancora saldate o un appuntamento fissato e possedere la cittadinanza o la residenza negli Stati Uniti.

### Quali casi rientrano nel sostegno finanziario?

I nostri programmi di sostegno finanziario coprono le cure di emergenza e altre forme di assistenza necessaria esclusivamente per le fatture emesse da Yale New Haven Health. Un link all'elenco dei fornitori convenzionati è reperibile all'indirizzo [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Per quanto tempo sarà valida la mia idoneità?

Una volta ottenuta l'approvazione per l'Assistenza gratuita, l'Assistenza agevolata o la Scala indicizzata, la sua idoneità avrà la validità di 12 mesi dalla data di approvazione della richiesta.

### Come verrò a sapere se la mia richiesta è stata approvata?

Risponderemo a tutte le richieste per iscritto. Se la sua richiesta viene rifiutata, può ripresentarla in qualunque momento. Ulteriori fondi per l'assistenza vengono resi disponibili ogni anno.

### Chi posso contattare per ulteriori quesiti?

Per saperne di più, richieda una copia gratuita della nostra Politica di sostegno finanziario e del modulo di richiesta. Per assistenza nella compilazione della richiesta, contatti i Servizi finanziari e di ammissione dei pazienti (Patient Financial and Admitting Services) al numero di telefono 855-547-4584.

## Ulteriori dettagli sui programmi

### Fondi limitati di assistenza

Sono stati donati fondi limitati per fornire assistenza gratuita o agevolata ai soggetti che soddisfano singoli criteri di finanziamento. Può ricevere tali fondi, finalizzati alla riduzione o all'azzeramento della sua fattura, qualora si trovi in una situazione dimostrata di bisogno, determinata da un responsabile dell'assegnazione dei fondi, e soddisfi tutti i criteri di idoneità per la ricezione dei fondi (ogni fondo ha una serie di criteri univoci). Non esiste alcun limite di reddito specifico alla ricezione dei fondi limitati di assistenza. L'idoneità è determinata caso per caso dai responsabili dell'assegnazione dei fondi sulla base delle difficoltà economiche. Tutti i pazienti che compilano la richiesta di sostegno finanziario dell'YNHHS verranno presi automaticamente in considerazione per l'assegnazione dei fondi limitati di assistenza.

### Programma "Me & My Baby" dello Yale New Haven Hospital

Questo programma è applicabile alle pazienti dello Yale New Haven Hospital. Fornisce servizi di assistenza prenatale e alcune forme di assistenza gratuita post-parto alle persone idonee che:

1. Vivono nella Contea di New Haven;
2. Non dispongono di alcuna forma di assicurazione sanitaria;
3. Hanno un reddito familiare inferiore o uguale a 2½ volte la soglia di povertà federale;
4. Hanno presentato la domanda per il Programma "Me & My Baby".

Per ulteriori informazioni o per presentare la domanda per il Programma "Me & My Baby" dello Yale New Haven Hospital, consulti il suo medico curante o chiami il numero di telefono **203-688-2481**.

### Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Il Greenwich Hospital Outpatient Clinic fornisce assistenza agevolata ai soggetti che presentano la richiesta e la cui associazione clinica è approvata. Se non dispone di assicurazione, e non ha diritto all'assistenza sanitaria statale (Medicaid), può avere l'idoneità se:

1. È residente a Greenwich
2. Ha un reddito familiare inferiore o uguale a 4 volte la soglia di povertà federale.

Per ulteriori informazioni o per ottenere un modulo di richiesta, chiami il numero di telefono **203-863-3334**.

### Nota sui programmi

I pazienti idonei al sostegno finanziario non saranno tenuti a pagare altri costi oltre gli importi generalmente addebitati ai pazienti provvisti di copertura assicurativa per cure di emergenza o altre cure necessarie dal punto di vista medico. Le traduzioni della nostra Politica di sostegno finanziario, del Riepilogo della Politica di sostegno finanziario e del modulo di richiesta sono disponibili per alcuni gruppi con limitata conoscenza della lingua inglese.

## Come richiedere il sostegno finanziario?

Per rendere più facile la presentazione delle richieste, Yale New Haven Health si avvale di un modulo unico di richiesta per la maggior parte dei programmi di sostegno finanziario. Per effettuare la richiesta, completi la procedura che segue.

### Passaggio 1: Compili la richiesta.

Risponda a tutte le domande, firmi e inserisca la data nella richiesta. Se una domanda non si applica alla sua famiglia, scriva "N/A" (non applicabile) nell'apposito spazio.

**Passaggio 2: Alleghi il giustificativo del reddito** alla richiesta. Il giustificativo del reddito è un documento che indica il reddito della famiglia al momento della compilazione della richiesta. Consulto la tabella a destra per conoscere i tipi di documenti che è possibile usare.

### Passaggio 3: Invia per posta la richiesta oppure si rechi allo sportello per il pubblico.

Includa:

1. La richiesta compilata, completa di firma e data
2. Il giustificativo di reddito

#### Recapito postale:

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

#### Sportello per il pubblico:

Si rechi allo sportello per il pubblico nelle seguenti località:

**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

**Per saperne di più, richieda una copia gratuita della nostra Politica di sostegno finanziario oppure chiedi assistenza nella compilazione della richiesta**



**Telefono:**  
855-547-4584  
Lun-ven 7:30 – 17:00



**Online:**  
[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)

## Come giustificativo del reddito possono essere usati i seguenti documenti:

<b>Se il reddito della sua famiglia proviene da...</b>	<b>Può allegare copie dei seguenti documenti come giustificativo del reddito:</b> (Tali documenti non devono essere stati emessi più di sei mesi fa, fatta eccezione per l'ultima dichiarazione federale dei redditi, che può essere precedente).
<b>Salari</b> (Se percepisce un salario o riceve una retribuzione oraria per una mansione)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Due (2) delle buste paga più recenti, <b>OPPURE</b></li> <li>– Una lettera del suo datore di lavoro su carta intestata della società in cui si dichiara il numero di ore lavorate e la retribuzione oraria percepita (al netto delle imposte)</li> </ul>
<b>Reddito da lavoro autonomo</b> (Se svolge un lavoro autonomo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ultima dichiarazione federale dei redditi (deve riportare la sua firma)</li> </ul>
<b>Sussidi</b> (Previdenza sociale, status di veterano, infortunio sul lavoro, sussidio di disoccupazione, pensioni, fondi pensione, reddito da previdenza sociale, assegni di mantenimento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lettera di riconoscimento dei sussidi più recente, <b>OPPURE</b></li> <li>– Estratto conto dei sussidi, <b>OPPURE</b></li> <li>– Matrici di assegni</li> </ul>
<b>Reddito da locazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Copia del contratto di affitto o accordo scritto che indichi l'importo dell'affitto, <b>OPPURE</b></li> <li>– Lettera scritta di suo pugno in cui viene indicato l'importo dell'affitto ricevuto per singolo anno</li> </ul>
<b>Pagamenti di interessi, dividendi o rendite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ultima dichiarazione federale dei redditi, <b>OPPURE</b></li> <li>– Estratto conto dell'istituto finanziario in cui viene dichiarato l'importo e la frequenza dei pagamenti e l'importo pagato dall'inizio dell'anno</li> </ul>
<b>Se non ha reddito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Una lettera della persona che la assiste, <b>OPPURE</b></li> <li>– Se non ha una persona che la assiste, invii una lettera completa di data e firma che attesti la sua situazione finanziaria attuale</li> </ul>

## Richiesta per i programmi di sostegno finanziario

Yale New Haven Health si avvale di un modulo unico di richiesta per la maggior parte dei programmi di sostegno finanziario. Compilando la presente richiesta, verrà preso/a in considerazione per i programmi di Assistenza gratuita, Assistenza agevolata, a Scala indicizzata e per il fondo limitato di assistenza. Per istruzioni su come richiedere il sostegno finanziario, consulti pagina 2. Per eventuali domande riguardanti la presente richiesta, ci chiami al numero 855-547-4584.



### 1. Dati del/la paziente:

Cognome		Nome	
Indirizzo		Data di nascita	
Città	Stato	Codice postale	Numero di telefono
N. cartella clinica paziente (se disponibile)			

2. **Informazioni sulla famiglia:** Elenchi il coniuge e/o eventuali figli a carico nella sua famiglia. Non includa partner non sposati. Se occorre altro spazio, allegli un foglio separato.

Nome del familiare	Rapporto con il/la richiedente	Data di nascita

### 3. Informazioni sul reddito:

**Includa ogni informazione su tutte le fonti di reddito per lei e il coniuge. È necessario fornire le informazioni sul reddito relative a lei e al coniuge.** Le fonti di reddito possono includere, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: retribuzioni/salario, alimenti, previdenza sociale, indennità di disoccupazione, reddito da locazione, sussidi per infortunio sul lavoro e assegno per minori. Se non ha reddito, allegli una lettera di appoggio alla sua richiesta. (Vedere le istruzioni a pagina 2)

Nome del familiare	Fonte di reddito	Reddito percepito al netto delle imposte	Disoccupazione / Nessun introito
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/>

#### 4. Assicurazione sanitaria:

Dispone della copertura di una polizza assicurativa sanitaria, inclusa Medicare o Medicaid, o di copertura di un paese straniero?  SÌ  NO

Se sì, alleggi alla richiesta una copia fronte/retro della sua carta di assicurazione o inserisca i seguenti dati:

<b>Titolare della polizza:</b>	<b>Comp. assicuratrice:</b>	<b>N. polizza:</b>
<b>Titolare della polizza:</b>	<b>Comp. assicuratrice:</b>	<b>N. polizza:</b>

#### 5. Legga attentamente prima di firmare:

Apponendo la mia firma, certifico che tutto ciò che ho dichiarato nella presente richiesta e negli eventuali allegati sono veritieri.

- Sono consapevole del fatto che la dichiarazione di informazioni errate, incomplete o false sul presente modulo può avere come conseguenza il rifiuto della mia richiesta di sostegno finanziario.
- Concedo a Yale New Haven Health l'autorizzazione a verificare tutte le informazioni.
- Concedo a Yale New Haven Health l'autorizzazione a richiedere la mia certificazione del livello di solvibilità.
- Accetto di rimborsare l'importo totale del mio sostegno finanziario qualora ricevessi pagamenti di qualunque tipo, inclusi risarcimenti per causa legale, per i servizi coperti da tale richiesta.
- Accetto di informare Yale New Haven Health di eventuali variazioni che possono modificare la mia idoneità al sostegno finanziario.
- Sono consapevole che in relazione alla mia richiesta di sostegno finanziario, Yale New Haven Health può avere necessità di comunicare informazioni sanitarie protette (secondo la definizione di questo termine nella normativa sulla privacy contenuta nell'HIPAA, 42 CFR Parti 160-164) che mi riguardano, al fine di determinare la mia idoneità.
- Sono consapevole che tale comunicazione verrà effettuata per finalità di pagamento, secondo quanto definito nella normativa sulla privacy contenuta nell'HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Firma del/la richiedente o del tutore legale

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome in stampatello del/la richiedente o del tutore legale

**Ricordi di accludere il giustificativo di reddito o una lettera di appoggio alla sua richiesta di sostegno finanziario.**

**Invii la richiesta completa per posta a:**

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