

## 資金援助プログラムの概要

Yale New Haven Health は、患者さんの中には医療費の支払いが困難な方がいらっしゃることを理解しています。そこで、当機関では支援のための様々な資金援助プログラムを用意しています。患者様は、資金援助申請書に記入し、資金援助の必要性を確認するために必要な書類を提出する必要があります。

### 無料医療

以下の方は、無料医療を受けることができます。

- 世帯収入が、連邦貧困レベルの 2.5 倍以下
- 資金援助申請書の記入

### 割引医療

以下の方は、割引医療を受けることができます。

- 世帯収入が、連邦貧困レベルの 5.5 倍以下
- 保険に加入していない方
- 資金援助申請書の記入

### スライディングスケール

以下の方は、スライディングスケールを受けることができます。

- 世帯収入が、連邦貧困レベルの 5.5 倍以下
- 保険に加入している方
- 資金援助申請書の記入

## よくある質問

**プログラムを受けるための最大の所得水準はどのくらいですか？**

各プログラムの最大所得水準の詳細については、[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) をご覧ください。

**資金援助を受けるためにその他の条件はありますか？**

所得要件を満たすことに加えて、現在の請求をうけているか、または診療の予約があること、および米国の市民または居住者であることが条件となります。

**資金援助の対象となるものは何ですか？**

当機関の資金援助プログラムは、緊急医療およびその他の医学上必要な医療のための、Yale New Haven Health の利用料金のみを対象としています。対象となる担当者リストへのリンクは、[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) にあります。

**対象となる期間はどれくらいですか？**

無料診療、割引診療、またはスライディングスケールの承認を受けると、申請承認日から 12 ヶ月間資格が得られます。

**申請が承認されたかどうかは、どのようにしてわかりますか？**

各申請に対して書面で回答します。申請が却下された場合は、いつでも再申請が可能です。無料ベッドの資金は毎年追加で提供されます。

## 追加の質問がある場合の連絡先

さらに詳しい情報や、資金援助プログラムおよび申請書の無料配布、申請書の記入に関するご質問は、Patient Financial and Admitting Services (855-547-4584) までお問い合わせください。

## その他プログラムの詳細

### 病院ベッド資金

病院ベッド資金は、各資金の基準を満たした人に無料または割引の医療を提供するために寄付されたものです。経済的な必要性が確認されたと基金の任命者が判断し、かつ基金を受け取るための資格基準をすべて満たしている場合には、料金を減額または免除するためにこれらの基金を受け取る資格があります(各基金には個別の基準があります)。病院ベッド資金を受けとるには、特定の所得制限はありません。受給資格は、資金任命者が経済的困難さに基づいてケースごとに決定します。完成した YNHHS 資金援助申請書で申請が行われれば、すべての患者様について自動的に病院ベッド資金の検討が行われます。

### Yale New Haven Hospital の「Me & My Baby」プログラム

このプログラムは、Yale New Haven Hospital の患者さんが対象です。以下の条件を満たす方には、出産前医療および一部の産後医療を無料で提供します。

1. New Haven 郡に居住していること。
2. 健康保険に加入していないこと。
3. 世帯収入が、連邦貧困レベルの 2.5 倍以下以下であること(最大収入の表を参照)。
4. 「Me & My Baby」申請書の記入。

Yale New Haven Hospital の Me & My Baby プログラムの詳細や申込書のご請求については、担当者にお尋ねいただくか、**203-688-2481** までお電話ください。

### Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic では、会員になることを申請して、承認された方には無料または割引で医療を提供しています。保険に加入していない場合、ステートアシスタンス (Medicaid) の資格がない方でも、以下の場合は対象となります。

1. Greenwich の居住者であること。
2. 世帯収入が、連邦貧困レベルの 4 倍以下であること。

詳しい情報または申請書の入手については、**203-863-3334** までお電話ください。

### プログラムについての注意事項

資金援助の対象となる患者は、緊急医療やその他の医学上に必要な医療に対して、保険に加入している患者に一般的に請求される金額を超えて請求されることはありません。英語力に不安がある方のために、資金援助プログラム、資金援助プログラム概要、申請書の翻訳版をご用意しています。





#### 4. 健康保険:

Medicare や Medicaid などの健康保険、または外国の保険に加入していますか?  はい  いいえ

はいの場合は、保険証の表裏のコピーをこの申請書に添付するか、以下のことを記入してください。

契約者:	保険会社:	保険証券番号:
契約者:	保険会社:	保険証券番号:

#### 5. 署名する前によくお読みください。

以下に署名することで、私はこの申請書および添付書類に記載された内容がすべて真実であることを証明します。

私は、本申請書の記載に不正確、不完全、または虚偽の情報があった場合、この資金援助の申請が却下される場合があることを理解しています。

私は、Yale New Haven Health が私のすべての情報を確認することを許可します。

私は、Yale New Haven Health が私の信用情報を請求することを許可します。

私は、この申請書の対象であるサービスに対して、訴訟上の賠償金を含むいかなる種類の支払いを受けた場合にも、受けた資金援助の全額を返済することに同意します。

私は、私の資金援助の受給資格を変更する可能性のある変更があった場合、Yale New Haven Health に知らせることに同意します。

私は、私の資金援助の申請に関連して、Yale New Haven Health が、私の受給資格を判断するために、私に関する秘密保護健康情報(この用語は HIPAA Privacy Rule の 42 CFR の 160~164 部分で定義されています)を開示する必要があることを理解しています。

私は、そのような開示が、HIPAA Privacy Rule で定義されているように、支払いを目的としたものであることを理解しています。

\_\_\_\_\_  
申請者または法定後見人の署名

\_\_\_\_\_  
日付

\_\_\_\_\_  
申請者または法定後見人の活字体氏名

**申請書には、収入証明書または援助説明書を必ず添付してください。**

**必要事項を記入した申請書を下記に郵送してください。**

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