Yale NewHaven Health

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 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 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。

資金援助の申請方法を教えてください。

資金援助の申請を容易にするため、Yale New Haven Health では、ほとんどの資金援助プログラムについて 1 つの申請書を使用しています。申請するには、以下のステップを完了してください。

ステップ 1：申請書の記入。
すべての質問に答え、申請書に署名し、日付を記入してください。質問があなたの家族に当てはまらない場合は、空欄に「N/A」（該当せず）と記入してください。

ステップ 2：収入証明書を申請書に添付してください。収入証明書とは、申請書を記入した時点での世帯の収入を示す書類です。利用可能な書類の種類は右表をご参照ください。

ステップ 3：申請書を郵送するか、直接ご来院ください。
以下のものを同封してください。

1. 必要事項を記載し、署名と日付を記入した申請書
2. 収入証明書

郵送の宛先：

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

ご来店の場合：

下記のいずれかの当機関の拠点にお越しください。

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

詳しい情報、資金援助プログラムの無料冊子の入手、または申請書の記入に関するお問い合わせ方法について

お電話：
855-547-4584
月～金 7:30 am～5:00 pm

オンライン：
www.ynhhs.org/financialassistance

収入を証明する書類として、以下のものが使用することができます。

世帯の収入の所得源	収入証明書として、以下の書類のコピーを添付することができます。（これらの書類は 6 ヶ月以内のものである必要がありますが、最新の連邦税申告書は除かれ、それよりも古いものも可能な場合があります。）
賃金 （給料をもらっている、または時給で仕事をしている場合）	– 最新の給与明細書 2 枚、**または** – 最新の給与明細書 2 枚、または勤務時間と 1 時間あたりの収入（税引前）を記載した会社レターヘッド付きの雇用主からの手紙
自営収入 （自営業の場合）	– 直近の連邦所得税申告書（本人の署名が必要）
給付金 （社会保障、退役軍人、労働者補償、失業、年金、退職金、SSI、扶養手当などの給付金）	– 直近の給付金支給書、**または** – 給付金明細書、**または** – 小切手の半券
賃料収入	– 家賃の金額が記載された賃貸契約書のコピー、**または** – 年間の家賃額を記載した自筆の手紙
利息、配当金、または年金保険の受給	– 直近の連邦所得税申告書、**または** – 金融機関からの支払額、支払回数、今年のこれまでの支払額を記載した明細書
無収入の場合	– 援助してくれている人からの手紙、**または** – 援助している人がいない場合は、現在の経済状況を説明した署名と日付の入った手紙を送ってください

資金援助プログラム申請書

Yale New Haven Health では、ほとんどの資金援助プログラムについて 1 つの申請書を使用しています。この申請書に記入することで、無料医療、割引医療、スライディングスケール、病院ベッド資金プログラムの検討対象となります。資金援助の申請方法については、2 ページをご参照ください。この申請書についてご質問がある場合は、855-547-4584 までお問い合わせください。

1. 患者情報:

姓　　氏

ストリートアドレス　　生年月日

市町村名　　州名　　郵便番号　　電話番号

医療記録番号(ある場合)

2. 家族情報:

配偶者や同居している子供を記入してください。結婚していないパートナーは含めないでください。スペースが足りない場合は、別の書類を添付してください。

家族の氏名	申請者との関係	生年月日

3. 収入情報:

あなたおよびあなたの配偶者のすべての収入源に関する情報を記載してください。あなたおよびあなたの配偶者の収入情報を提供する必要があります。収入源には、給料・給与、扶養手当、社会保障費、失業手当、家賃収入、労災保険、養育費などがありますが、これらに限定されません。収入がない場合は、申請書に援助説明書を添付してください。(2 ページ目の説明を参照してください)

家族の氏名	収入源	税引前の収入額	失業中/無収入
		$_____ ☐ 週給 ☐ 隔週給 ☐ 月給	☐
		$_____ ☐ 週給 ☐ 隔週給 ☐ 月給	☐
		$_____ ☐ 週給 ☐ 隔週給 ☐ 月給	☐

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