

## د برنامې اضافي توضیحات

### محدوده بستر بسپني

د محدوده بستر بسپني هغه اشخاصو ته د وړيا يا تخفيف پاملرني وړاندي کولو لپاره بسپنه شوي څوک چې د انفرادي بسپني معيارونه پوره کوي. تاسو ممکن د خپل بل د کمولو يا له مينځه وړو لپاره د دې بسپنو ترلاسه کولو مستحق اوسئ، که چېرې تاسو د بسپني نوم لیکونکي لخوا ټاکل شوي مالي اړتيا شودلي وي او تاسو د بسپنو ترلاسه کولو د وړتيا ټول معيارونه پوره کوئ (هره بسپنه ځانگړی معيار لري). د محدوده بستر بسپنو ترلاسه کولو لپاره هيڅ ځانگړي عايد محدوديتونه شتون نه لري. وړتيا د کيس کيس په اساس د مالي مشکلاتو پر بنسټ د بسپني نوم لیکونکي لخوا ټاکل کېږي. ټول ناروغان څوک چې د YNHHS مالي مرستې غوښتنلیک دکوي به په اوتومات ډول د محدوده بستر بسپنو لپاره په پام کې ونيول شي.

### Yale New Haven Hospital "زه او زما ماشوم" برنامه

دا برنامه د Yale New Haven Hospital ناروغانو لپاره پلي کېږي. دا هغه خلکو ته د زيرون څخه دمخه پاملرني او د زيرون وروستي ځيني پاملرني وړيا چمتو کوي څوک چې وړتيا لري که چېرې:

1. تاسو په نيو هاون کاونټي کې اوسېږئ.
2. تاسو هيڅ ډول روغتيا بيمه نه لرئ.
3. ستاسو کورنی د فدرالي غربت کچې څخه 2½ چنده کم يا مساوي عايد ترلاسه کوي.
4. تاسو د "زه او زما ماشوم" غوښتنلیک دک لرئ.

د نورو معلوماتو لپاره يا د Yale New Haven Hospital زه او زما ماشوم برنامه د يو غوښتنلیک غوښتنه کولو لپاره، لطفأ له خپل چمتو کونکي څخه وپوښئ يا **203-688-2481** ته زنگ ووهئ.

### Greenwich Hospital بهرنی ناروغ کلینیک

د Greenwich Hospital بهرنی ناروغ کلینیک هغو افرادو ته تخفيف پاملرني وړاندي کوي څوک چې غوښتنه کوي او د کلینیک غړيتوب لپاره تصویب شي. که چېرې تاسو بيمه نه لرئ، او د دولت مرستې (ميډيکايډ) لپاره وړ نه یاست نو تاسو ممکن وړ کېدې شي که چېرې:

1. تاسو د گرینویچ اوسیدونکی یاست
2. تاسو د کورنی عوايد د فدرالي غربت کچې څخه 4 چنده کم يا مساوي یاست.

د نورو معلوماتو يا يو غوښتنلیک ترلاسه کولو لپاره لطفأ **203-863-3334** ته زنگ ووهئ.

### د برنامه په اړه يوه یادونه

هغه ناروغان چې د مالي مرستې لپاره وړ دي د بیرني يا د نور طبي لحاظ اړين پاملرني لپاره د بيمې سره د ناروغانو به د معمول له پلوه د بل شوي مقدار څخه به ډیر لگښت ونه لري. زموږ د مالي مرستې پالیسي ژباړي، د مالي مرستې تگلاري لنډيز او غوښتنلیک د ځانگړي ډلو لپاره شتون لري چې د انگلیسي محدوده مهارت لري.

## د مالي مرستې د تگلاري لنډيز

Yale New Haven Health پدې پوهیږي چې د ځيني ناروغانو لپاره دا ستونزمن کېدی شي چې د دوی طبي بیلونه تادیه کول برداشت کړئ. له همدې امله موږ د مالي مرستې بیلابل برنامه لرو چې د مرستې لپاره ډیزاین شوي. ناروغان ملزم دي چې د مالي مرستې غوښتنلیک بشپړ کړي او د مالي اړتیا تصدیق کولو لپاره غوښتل شوي سندونه چمتو کړئ.

### وړيا پاملرنه

تاسو ممکن د وړيا پاملرني وړ یاست که چېرې:

- ستاسو کورنی د فدرالي غربت کچې څخه 2½ چنده کم يا مساوي عايد لاسته راوړي؛ او
- تاسو د مالي مرستې غوښتنلیک بشپړ کړئ

### تخفيف پاملرنه

تاسو ممکن د تخفيف پاملرني وړ یاست که چېرې:

- ستاسو کورنی د فدرالي غربت کچې څخه 5½ چنده کم يا مساوي عايد لاسته راوړي؛
- تاسو بي بيمه یي؛ او
- تاسو د مالي مرستې غوښتنلیک بشپړ کړئ

### غځيدنی کچه

تاسو ممکن د غځيدنی کچې لپاره وړ یاست که چېرې:

- ستاسو کورنی د فدرالي غربت کچې څخه 5½ چنده کم يا مساوي عايد لاسته راوړي؛
- تاسو بي بيمه یي؛ او
- تاسو د مالي مرستې غوښتنلیک بشپړ کړئ

## په مکرر ډول پوښتل شوي پوښتنې

### يا د برنامه لپاره د وړ کيدو تر ټولو لوړه عايد کچه څه ده؟

د هرې برنامه د تر ټولو لوړه کچې په اړه توضیحاتو لپاره د [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) څخه لیدنه وکړئ،

### يا د مالي مرستې لپاره نور شرایط شتون لري؟

د عايد شرایط پوره کولو سربيره، تاسو باید اوسني بیلونه يا ټاکلي ټاکنې ولرئ او د شرایطو وړ کيدو لپاره د متحده ایالاتو اتباع يا اوسیدونکی اوسئ.

### يا د مالي مرستې تر پوښتنې لاندې څه شي دي؟

زموږ د مالي مرستې برنامه یوازې د Yale New Haven Health بلونو لپاره بیرني او نور په طبي لحاظ لازمي پاملرني پوښتنې کوي. د پوښتنې شوي وړاندي کونکو لیست ته يو لینک په [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) کې موندل کېدی شي.

### يا زه به د څومره وخت لپاره وړ يم؟

يوځل د وړيا پاملرني، تخفيف پاملرني، يا غځيدنی کچې، لپاره تصویب شوی، نو تاسو به د تصویب شوي غوښتنلیک نېټې څخه د 12 میاشتو لپاره وړ یاست.

### يا زه په ځنګه پوه شم که چېرې زما غوښتنلیک تصویب شي؟

موږ به هر غوښتنلیک ته په لیکلي بڼه ځواب ووايو. که چېرې ستاسو غوښتنلیک رد شي، تاسو به هر وخت کې بیا غوښتنه کولی شئ. اضافي وړيا بستر بسپني هر کال شتون لري.

### يا که چېرې زه اضافي پوښتنې ولرم نو له چا سره اړیکه ونیسم؟

د نور زده کړې لپاره، زموږ د مالي مرستې تگلاري او غوښتنلیک وړيا کاپي ترلاسه کړئ، يا د غوښتنلیک بشپړولو کې د مرستې لپاره په **4584-547-855** باندې د ناروغه مالي او داخلوني خدماتو سره اړیکه ونیسئ.

## ایا زه څنگه کولی شم د مالي مرستې لپاره غوښتنه وکړم؟

د مالي مرستې غوښتنې اسانه کولو لپاره، د Yale New Haven Health د ډیرو مالي مرستې برنامو لپاره یو غوښتنلیک کاروي. د غوښتنې لپاره، لاندې ګامونه بشپړ کړئ.

### ګام 1: غوښتنلیک بشپړ کړئ.

لطفاً ټولو پوښتنو ته ځواب ووايست او غوښتنلیک لاسلیک او نیټه کړئ. که چیرې یوه پوښتنه ستاسو کورنۍ باندې نه پلي کیږي، لطفاً په ورکړل شوي ځای کې "N/A" (که چیرې نه پلي کیږي) ولیکئ.

**ګام 2: خپل غوښتنلیک ته د عاید ثبوت ضمیمه کړئ.** د عاید ثبوت یو سند دی چې ښایي ستاسو کورنۍ د غوښتنلیک ډکولو په وخت کې څومره عاید ترلاسه کوي. د سندونو ډولونو لپاره ښي اړخ کې جدول وګورئ چې ممکن وکارول شي.

**ګام 3: غوښتنلیک واستوئ یا مور سره په شخصي ډول لیدنه وکړئ.** لطفاً دا شامل کړئ:

1. بشپړ شوی، لاسلیک شوی او نیټه شوی غوښتنلیک
2. د عاید ثبوت

په میل باندې: 

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

په شخصي ډول: 

لاندې زموږ په هر ځای کې مور سره لیدنه وکړئ:

**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

د نور زده کړې لپاره، زموږ د مالي مرستې تکلاري وړیا کاپي ترلاسه کړئ، یا د مرستې لپاره غوښتنلیک بشپړ کړئ

د تلیفون له لارې:

4584-547-855

دوشنبې تر جمعي پورې سهار 7:30 – مازیګر 5:00 پورې



آنلاین:

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



## لاندې سندونه د عاید د ثبوت په توګه کارول کېدای شي:

<p><b>تاسو ممکن د دې سندونو کاپي د عاید ثبوت لپاره ضمیمه کړئ:</b> (دا سندونه باید تر شپږو میاشتو څخه ډیر زاره نه وي، ستاسو د تر ټولو اوسني فدرالي مالي بېرته ستنیدو پرته، کوم چې ممکن زاره وي.)</p>	<p><b>که چیرې ستاسو د کورنۍ عاید له...:</b></p>
<p>دوه (2) د تر ټولو وروستي تنخواګانې، او د شرکت لیک سریزې باندې ستاسو د کار ګمارونکي څخه یو لیک بیانوي چې تاسو څو ساعته کار کوي او تاسو په هر ساعت کې څومره پیسې لاسته راوړئ (د مالیاتو څخه مخکې)</p>	<p><b>مزدوري</b> (که چیرې تاسو معاش تر لاسه کوي یا د یوې دندې لپاره د ساعت لخوا معاش تر لاسه کړئ)</p>
<p>تر ټولو وروستي فدرال عایداتو مالي بېرته ستنیدنه (باید ستاسو لخوا لاسلیک شي)</p>	<p><b>خپل ځان سره ګمارل شوي عاید</b> (که چیرې تاسو د خپل ځان لپاره کار کوئ)</p>
<p>تر ټولو وروستي ګټې ګټې جایزه، یا د معاشونو بیان، یا چک ټوټې</p>	<p><b>معاشونه</b> (ټولنیز امنیت، تجربه کاره، د کارګر معاوضه، بیکاري، تقاعد، د تقاعد معاش، SSI، او نفقه)</p>
<p>د کرایې مقدار ښودلو اجازي یا لیکلي تړون کاپي، یا ستاسو لخوا لیکل شوی یو لیک، چې د کرایې اندازه ښایي چې تاسو یې په یو کال کې تر لاسه کوئ</p>	<p><b>د کرایې عاید</b></p>
<p>تر ټولو وروستي فدرال عایداتو مالي بېرته ستنیدنه، یا د مالي موسسې څخه بیان چې د تادیاتو فریکوینسي او مقدار او سرکال تر دې نیټې تادیه شوي پیسې بیانوي.</p>	<p><b>سود، ګټې یا کلنۍ تادیات</b></p>
<p>د هغه کس لخوا یو لیک څوک چې تاسو ملاتړ کوي، یا که چیرې تاسو داسې یو څوک نه لرئ څوک چې ستاسو ملاتړ کوي، نو یو لاسلیک شوی او نېټې لیک مو واستوئ چې ستاسو د اوسني مالي وضعیت تشریح کوي</p>	<p><b>که چیرې تاسو هیڅ عاید نه لرئ</b></p>

د Yale New Haven Health د ډیرو مالي مرستي برنامو لپاره یو غوښتنلیک کاروي. د دې غوښتنلیک په بشپړولو سره تاسو به زموږ د وړیا پاملرنې، تخفیف پاملرنې، غځینې کچې او د بستر بسپنې برنامو لپاره وگڼل شي. د مالي مرستي لپاره څنگه غوښتنه وکړو په اړه لارښوونو لپاره، لطفاً پانې 2 ته مراجعه وکړئ. که چیرې تاسو د دې غوښتنلیک په اړه کومه پوښتنه لرئ، موږ ته په 855-547-4584 زنگ ووهئ.

**1. د ناروغ معلومات:**

وروستی نوم	لمړی نوم
د کورني ادرس	د زېږون نېټه
ښار	ایالت
زېږون کور	تلیفون شمیره

طبي ریکارډ شمیره (که چیرې شتون ولري)

**2. د کورني معلومات:** خپله میرمن او/یا کوم کورنی پورې اړوند ماشومان چې ستاسو په کورنی کې اوسېږي لیست کړئ. بی واده شریکان مه شاملوئ. که چیرې ډیر ځای لازمي وي، لطفاً یو جلا سند ضمیمه کړئ.

د کورني غړي نوم	د غوښتونکي سره اړیکه	د زېږون نېټه

**3. د عاید معلومات:**

ستاسو او ستاسو د میرمن لپاره د عاید په ټولو سرچینو معلومات شامل کړئ. ستاسو او ستاسو د میرمنې لپاره د عاید معلومات باید وړاندې شي. د عاید سرچینې کې شامل کېدې شي مکر محدود ندي دي ته: مزدوري/معاش، نفقه، ټولنيز امنیت، بیکاري، د کرایې عاید، د کارگر معاوضه، او د ماشومانو ملاتړ. که چیرې تاسو عاید نه لرئ، نو خپل غوښتنلیک ته د ملاتړ لیک ضمیمه کړئ. (لارښوونې په پاڼه 2 باندې وگورئ)

د کورني غړي نوم	د عاید سرچینه	د مالیاتو مخکې لاسته راوړلي پیسې	بیکاري / هېڅ عاید نه لری
		\$ _____ <input type="checkbox"/> اونیزه <input type="checkbox"/> دوه-اونیزه <input type="checkbox"/> میاشتنی	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> اونیزه <input type="checkbox"/> دوه-اونیزه <input type="checkbox"/> میاشتنی	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> اونیزه <input type="checkbox"/> دوه-اونیزه <input type="checkbox"/> میاشتنی	<input type="checkbox"/>

#### 4. د روغتیا بیمه:

ایا تاسو د روغتیا بیمې کومې تگلارې لاندې پوښلې باسْت، پشمول د Medicare یا Medicaid، یا د بهرني هیواد څخه پوښنې؟  هو  نه

که چېرې هو وي، لطفأ دې غوښتنلیک ته د خپل بیمې کارت مخکینی او شا کاپي ضمیمه کړئ یا لاندې یې دننه کړئ:

تگلاره لرونکی:	بیمه کوونکی:	تگلارې شمیره:
تگلاره لرونکی:	بیمه کوونکی:	تگلارې شمیره:

#### 5. لطفأ د لاسلیک کولو مخکې په احتیاط سره ولولئ:

- د لاندې لاسلیک کولو سره، زه دا تصدیق کوم چې هرڅه چې ما پدې غوښتنلیک کې ويلي او هر یوه ضمیمه ریښتیا ده.
- زه پدې پوهیږم چې پدې فورمه کې کوم ناسم، نابشپړ، یا غلط معلومات د مالي مرستې لپاره زما د غوښتنې د رد کېدو پایله کېدی شي.
- زه د Yale New Haven Health ته اجازه ورکوم چې هر ډول او ټول معلومات تصدیق کړي.
- زه د خپل کریډیټ راپور غوښتنه کولو لپاره Yale New Haven Health ته اجازه ورکوم.
- زه موافق یم چې زما د مالي مرستې جایزې پوره پیسې بیرته ورکړم که زه د دې غوښتنلیک لخوا پوښنې شوي خدماتو لپاره د هر ډول تادیبې، په گډون د دعوی څخه جایزه تر لاسه کړم.
- زه موافق یم چې د هر بدلون څخه Yale New Haven Health خبر کړم کوم چې ممکن د مالي مرستې لپاره زما وړتیا بدله کړي.
- زه پدې پوهیږم چې د مالي مرستې لپاره زما د غوښتنلیک سره په تړاو کې، د Yale New Haven Health ممکن زما د وړتیا ټاکلو لپاره زما په اړه محافظتي روغتیا معلومات (لکه څنګه چې دا اصطلاح د HIPAA محرمیت قانون، د CFR 42 برخې 160 تر 164 پورې کې معرفي شوي) افشا کولو ته اړتیا ولري.
- زه پدې پوهیږم چې دا ډول کوم افشا کول به د تادیاتو موخو لپاره وي، لکه څنګه چې د HIPAA محرمیت قواعد کې تعریف شوي.

د عریضه کوونکي کس یا د قانوني سرپرست لاسلیک

نیتیه

د عریضه کوونکي کس یا د قانوني سرپرست چاپ شوی نوم

په یاد ولرئ چې د خپل مالي مرستې غوښتنلیک سره د عاید ثبوت یا د ملاتړ یو لیک شامل کړئ.

بشپړ شوي غوښتنلیکونه دې ته واستوئ:

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