

(Restricted bed funds)

قد تكون مؤهلاً للاستفادة من صندوق التمويل الاستشفائي المقيد، الذي قد تم التبرع به لتقديم الرعاية المجانية أو المخفضة للأفراد الذين يستوفون معايير الصندوق الفردية، لخفض أو تسديد كامل فاتورتك إذا كان لديك حاجة مالية مثبتة على النحو الذي تحدده الشروط الخاصة للصندوق، مع تلبية جميع معايير الأهلية للحصول على الأموال (لكل صندوق معايير الخاصة). ولا تقيد هذه الخدمة بشروط الحد الأعلى للدخل. يتم تحديد أهلية المرشحين لكل حالة على حدة وعلى أساس الضائفة المالية للمرشح. سيتم تلقائياً اعتبار جميع المرضى الذين ملؤوا طلب YNHHS للحصول على المساعدة المالية، مرشحين للحصول على أموال الصندوق الاستشفائي المقيد.

برنامج "أنا وطفلي" في مستشفى Yale New Haven

ينطبق هذا البرنامج على مرضى مستشفى Yale New Haven. ويوفر الرعاية قبل الولادة وخدمات المخاض والولادة، وبعض الرعاية لما بعد الولادة مجاناً للمؤهلات. تكون الأم مؤهلة لهذه الرعاية إذا كانت تعيش في New Haven County، ولم يكن لديها أي نوع من التأمين الصحي، ويساوي كسب العائلة أو يقل عن ضعفين ونصف مستوى الفقر الاتحادي Federal Poverty Level (انظر جدول الحد الأقصى للدخل)، على أن تكون قد تقدمت بطلب مساعدة الولاية (State Assistance (Medicaid) وحصلت منها على قرار خطي صالح. لمزيد من المعلومات أو لطلب استمارة برنامج أنا وطفلي من مستشفى Yale New Haven، يرجى التواصل مع ممثلينا في مركز المرأة أو الاتصال على الرقم 203-688-5470.

عيادة المرضى الزائرين (Greenwich Hospital Outpatient)
(Clinic)

توفر عيادة مستشفى Greenwich Hospital Outpatient Clinic الرعاية المجانية أو المخفضة للأفراد الذين يتقدمون بطلب ويتم الموافقة عليه للحصول على عضوية العيادة. إذا لم يكن لديك تأمين، ولم تكن حاصلًا على المعونة الطبية (State Assistance (Medicaid)، يمكنك أن تكون مؤهلاً إذا كنت مقيماً في Greenwich على أن يساوي دخل الأسرة أو يقل عن 4 أضعاف مستوى الـ Federal Poverty Level. لمزيد من المعلومات أو للحصول على استمارة انتساب، يمكنك الاتصال بالرقم 203-863-3334.

ملاحظة حول البرامج (A note about the programs)

يؤهل للحصول على المساعدة المالية، المواطنون أو المقيمون في الولايات المتحدة. وتغطي برامج المساعدة هذه، حالات الطوارئ أو غيرها من حالات الرعاية الطبية اللازمة. وهي تغطي فقط فواتير المستشفى لأعضاء Yale New Haven Health. يمكن الحصول على قائمة المراكز التي تقدم هذه الرعاية وعمّا إذا كانت تتبع سياسة المساعدة المالية (FAP)، لدى (FAP). لا يمكن أن تتعدى فاتورة المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية، مبلغ فاتورة مرضى التأمين في حالات الطوارئ أو غيرها من حالات الرعاية الطبية اللازمة. ستتولى Yale New Haven Health الرد على كل استمارة تقدم إليها كتابةً. إذا تم رفض طلبك، يمكنك إعادة التقديم في أي وقت. تتوفر في كل عام أموال إضافية للرعاية المجانية. ويمكن للذين يجيدون اللغة الإنجليزية بشكل محدود، الحصول على ترجمة لـ Financial Assistance Policy و Summary of Financial Assistance Policy وكذلك نموذج الاستمارة.

يُرجى الاتصال على رقم 1-855-547-4584 لطلب المساعدة.

تتفهم Yale New Haven Health أنه يصعب على بعض المرضى تحمّل دفع فواتير الخدمات الطبية. ولهذا السبب نتميز بوجود برامج مساعدة مالية متنوعة مصممة خصيصاً لتقديم المساعدة. لذا يطلب من المرضى ملء استمارة طلب المساعدة المالية وتقديم الوثائق المطلوبة للتحقق من الحاجة المالية.

لمعرفة المزيد، يُمكنك الحصول على نسخة مجانية من سياسة المساعدة المالية ونموذج الاستمارة، كما يمكن طلب المساعدة لاستكمال ملء استمارة المريض من خلال الاتصال بمكتب الخدمات المالية والاستقبال على رقم 4584-547-855، أو الانتقال إلى www.ynhhs.org/financialassistance أو التفضل بزيارتنا في مكاتب الاستقبال التابعة لنا على أحد العناوين التالية: مستشفى بريدج بورت 267 شارع جرانت، بريدج بورت، ولاية كونيتيكت؛ أو مستشفى جرين ويتش، 5 طريق بيريريدج، جرين ويتش، ولاية كونيتيكت؛ مستشفى ميموريال + لورانس 365 جادة مونتارك، نيو لندن، كونيتيكت؛ أو مستشفى ويسترلي 25 شارع ويلز، ويسترلي، رود أيلاند؛ أو مستشفى يال نيو هيفن 20 شارع يورك، نيو هيفن، كونيتيكت.

الرعاية المجانية (Free care)

الشروط التي تؤهلك للحصول على الرعاية المجانية هي التالية:

- ألا يزيد كسب العائلة عن ضعفين ونصف أو يعادله للمستوى الاتحادي للفقر (الحد الأقصى للدخل مبيّن في الجدول أدناه)
- أن يجري التقدم بطلب مساعدة الولاية (Medicaid) والحصول منها على قرار خطي صالح بتاريخ لا يتعدى الـ 6 أشهر الماضية.
- ملء استمارة المساعدة المالية.

الرعاية المخفضة التكلفة (Discounted care)

يمكنك الحصول على الرعاية المخفضة التكلفة إذا:

- لم يزد كسب العائلة عن خمسة أضعاف ونصف المستوى الاتحادي للفقر (الحد الأقصى للدخل مبيّن في الجدول أدناه)
- لم يكن لديك تأمين و
- ملء استمارة المساعدة المالية.

الحد الأقصى للدخل

حجم العائلة	الرعاية المجانية	الرعاية المخفضة التكلفة
1	31,225 دولار	68,695 دولار
2	42,275 دولار	93,005 دولار
3	53,325 دولار	117,315 دولار
4	31,225 دولار	68,395 دولار

*الرعاية المجانية: إضافة 11,050 دولار لكل فرد إضافي في الأسرة
*الرعاية المخفضة التكلفة: إضافة 24,310 دولار لكل فرد إضافي في الأسرة

يمكن استخدام الوثائق التالية باعتبارها إثبات دخل:

<p>يمكنك إرفاق نسخ من هذه الوثائق كإثبات دخل: (يجب ألا تعود الوثائق لأكثر من 6 أشهر، ما عدا كشف الضرائب الاتحادية الحالي، الذي قد يعود لأكثر من 6 أشهر).</p>	<p>إذا كان مصدر دخل العائلة من:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - بيان قبض يثبت مبلغ راتب الشهرين الأخيرين، أو - كتاب من صاحب العمل على ترويسة الشركة يبين عدد ساعات العمل وأجرة الساعة (قبل الضرائب) 	<p>الأجور (إذا كنت تكسب راتبًا ثابتًا أو تعمل بالساعة)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - أحدث وثائق الضرائب الاتحادية المرتجعة (يجب أن تكون موقعة من قبلك) 	<p>دخل العاملين لحسابهم الخاص (إذا كنت تعمل لنفسك)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الإشعار الأخير للمستحقات، أو - بيان المستحقات، أو - بيان قبض المعاشات والتقاعد، صناديق التقاعد، ونفقة دخل الضمان الاجتماعي. 	<p>المكاسب (الضمان الاجتماعي ومنفرداته والخبراء وتعويضات العمال وإعانة البطالة وصناديق المعاشات والتقاعد، صناديق التقاعد، ونفقة دخل الضمان الاجتماعي.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - نسخة من عقد الإيجار أو اتفاق مكتوب يظهر مبلغ الإيجار، أو - كتاب بخط يدك يشير إلى مبلغ الإيجار المقبوض سنويًا 	<p>إيرادات الإيجار</p>
<ul style="list-style-type: none"> - أحدث كشوفات الضرائب الاتحادية، أو - بيان من مؤسسة مالية يبين مبلغ المدفوعات وتواترها والمبلغ المدفوع هذا العام حتى الآن 	<p>الفوائد، عائدات الاستثمار والادخار والتأمين</p>
<ul style="list-style-type: none"> - رسالة من الشخص الذي يعيلك، أو - كتاب موقع منك ومؤرخ يشرح وضعك المالي الحالي (في حال عدم وجود معيل) 	<p>إذا لم يكن لديك أي دخل</p>

كيف يمكنني طلب المساعدة المالية؟ (How do I apply) (for financial assistance?)

للمتكنين المرضي بالأعضاء في Yale New Haven Health من إجراء العملية بسهولة، يمكنك استخدام نموذج استمارة واحد لمعظم برامج المساعدة المالية. إذا كنت مريضاً في Yale New Haven Hospital وترغب في التقدم بطلب لبرنامج "أنا وطفلي" يرجى الاتصال بممثلي مركز المرأة على الرقم 203-688-5470. إذا كنت مريضاً في مستشفى Hospital Greenwich وترغب في التقدم بطلب لعيادة Outpatient clinic ، يرجى الاتصال بالرقم 203-863-3334.

ملاحظة: يجب أن يكون لديك فواتير المستشفى الحالية أو الموعد المحدد في المستشفى من أجل التأهل لبرنامجنا للمساعدة المالية.

برنامج الرعاية المجانية: اتبع الخطوات 1 و 2 و 3 و 4.

برنامج الرعاية المخفضة: اتبع الخطوات 2 و 3 و 4

الخطوة 1: طلب الحصول على المساعدة الطبية الحكومية.

من أجل أن تكون مؤهلاً للرعاية المجانية، يجب أن تتقدم بطلب الحصول على المساعدة الطبية (Medicaid) في الولاية التي تعيش فيها وتحصل على قرار مكتوب وصالح بشأن طلبك. ولا يكون الرفض "صالحاً" إذا صدر بسبب عدم تقديم معلومات أو لعدم التعاون.

يمكنك تقديم طلب الحصول على المساعدة الطبية في مكتب الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية (DSS). يمكن للمقيمين في ولاية كونيتيكت الاتصال على رقم 1-800-842-1508 لمعرفة أقرب مكتب للخدمات الاجتماعية أو التقديم عبر الإنترنت من خلال استخدام الرابط www.accesshealthct.com. (Rhode Island: 1-855-840-4774) يتوفر كذلك لأعضاء Yale New Haven Health موظفين لمساعدتهم في ملء نموذج الاستمارة. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، اتصل بنا على الرقم 1-855-547-4584.

إن مجرد الحصول على قرار مكتوب من (DSS)، يمكنك من تقديم طلب للرعاية المجانية. لا يمكن قبول القرارات التي يتجاوز تاريخ إصدارها 6 أشهر.

الخطوة 2: املأ نموذج الاستمارة.

يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة والتوقيع ووضع تاريخ الطلب. إذا لم ينطبق السؤال على عائلتك، يرجى كتابة "N/A" (لا ينطبق) في المكان المخصص.

الخطوة 3: أرفق إثبات دخل مع الاستمارة. إثبات الدخل هو وثيقة تبين مقدار دخل عائلتك وقت ملء الطلب. راجع الجدول أدناه لبيان أنواع الوثائق اللازمة.

الخطوة 4: أرسل الاستمارة عبر البريد. وتتضمن: (1) خطاب القرار المقدم من دائرة الخدمات الاجتماعية الذي يفيد استحقاقك الحصول على المساعدة الحكومية؛ (2) استمارة مستكملة وموقعة ومؤرخة؛ و (3) إثبات دخل إلى

Yale New Haven Health
SBO، عناية: المساعدة المالية
ص.ب: 1403
نيو هيفن، كونيتيكت 06505

نموذج إستمارة لبرامج المساعدة المالية (Application for Financial Assistance Programs)

تستخدم Yale New Haven Health نموذج استمارة واحد لمعظم برامج المساعدة المالية. بعد ملء هذه الاستمارة سوف ينظر في طلب الاستفادة من برامج الرعاية المجانية Free Care أو المخفضة Discounted Care أو التمويل الاستشفائي المقيد Bed Fund programs. للحصول على إرشادات حول كيفية طلب المساعدة المالية، يرجى الرجوع إلى الصفحة 2. في حال وجود أسئلة حول هذه الاستمارة ، يرجى الاتصال بالرقم 855-547-4584.

1. معلومات عن المريض:

الاسم الأخير	الاسم الأول
العنوان	تاريخ الميلاد
المدينة	الولاية
	الرمز البريدي
إذا كنتِ امرأة حاملاً، ما هو موعد الولادة المتوقع؟	رقم الهاتف
	رقم السجل الطبي (إن وجد)

وضع الشخص المقيم: مواطن أمريكي مقيم أمريكي حاصل على تأشيرة (دراسة أو عمل أو زيارة) ليس مواطن أمريكي

2. معلومات عن العائلة: الزوج و/ أو أي من الأولاد المُعالين الذين يعيشون في منزلك، مع عدم ذكر الشركاء غير المتزوجين. لا تدرج الأزواج غير المتزوجين. إذا احتجت لمساحة أكبر ، يرجى إرفاق وثيقة منفصلة.

إسم الفرد في العائلة	درجة القرى مع مقدم الطلب	تاريخ الولادة

3. معلومات عن الدخل:

يجب توفير معلومات تبين مصادر الدخل لك ولزوجك. ذكر جميع مصادر الدخل. وتشمل مصادر الدخل على سبيل المثال لا الحصر: الأجر/ المرتبات والنفقة والضمان الاجتماعي وإعانة البطالة وإيرادات الإيجار وتعويضات العمال ودعم الطفل. إذا لم يتوفر لديك مصدر دخل، أرفق خطاب طلب دعم مع الاستمارة الخاصة بك. (انظر التعليمات في الصفحة السابقة).

اسم الفرد في العائلة	مصدر الدخل	المبلغ المقبوض قبل احتساب الضريبة	غير موظف / بدون دخل
		دولار _____ <input type="checkbox"/> أسبوعي <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> شهري	<input type="checkbox"/>
		دولار _____ <input type="checkbox"/> أسبوعي <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> شهري	<input type="checkbox"/>

4. التأمين الصحي:

هل لديك أية تغطية للتأمين الصحي، بما في ذلك Medicare أو Medicaid أو تغطية من بلد أجنبي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إرفاق صورة من الجزء الأمامي والخلفي من بطاقة التأمين الخاصة بك مع هذه الاستمارة أو إدخال ما يلي:

حامل البوليصة:	شركة التأمين:	رقم البوليصة:
حامل البوليصة:	شركة التأمين:	رقم البوليصة:

5. يرجى القراءة بعناية قبل التوقيع:

- مع توقيعني أنا، أقر بصحة كل المعلومات المذكورة في هذا الطلب وفي أية مرفقات أخرى.
- وأقر بعلمي أن أية معلومات غير صحيحة أو ناقصة أو خاطئة على هذا النموذج يمكن أن تؤدي إلى رفض طلبي للحصول على المساعدة المالية.
- وأعطي الإذن لـ Yale New Haven Health للتحقق من جميع المعلومات.
- وأعطي Yale New Haven Health الإذن بطلب تقرير الرصيد والسعة الخاص بي.
- كما أوافق على سداد كامل مبلغ المساعدة المالية في حال حصولي على مدفوعات من أي نوع، بما في ذلك الأموال الناتجة عن دعاوى قضائية، وذلك لقاء الخدمات المغطاة بموجب هذا الطلب.
- وأوافق على إبلاغ Yale New Haven Health أية تعديلات يمكن أن تغير أهليتي للحصول على المساعدة المالية.
- وأقر بعلمي أنه، في ما خص طلبي للحصول على المساعدة المالية، قد تحتاج Yale New Haven Health إلى الكشف عن المعلومات الصحية المحمية (وفق تعريف HIPAA لقواعد الخصوصية، CFR 42، 160 إلى 164) والعائدة لي من أجل تحديد الأهلية.
- وأفهم أن أي كشف من هذا القبيل سيكون لأغراض تسديد المستحقات، على النحو المحدد في قواعد الخصوصية HIPAA.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب أو الوصي القانوني

اسم الكامل لمقدم الطلب أو الوصي القانوني بحروف واضحة

تذكّر وجوب إرفاق قرار مكتوب وصالح عن طلبك للمساعدة الطبية (Medicaid) ووثيقة تثبت مبلغ الدخل، أو رسالة دعم في حال عدم وجود دخل، وذلك مع طلبك للمساعدة المالية.

أرسل الطلبات بعد استكمالها، بواسطة البريد إلى:

Yale New Haven Health

SBO، عناية: المساعدة المالية

ص.ب: 1403

نيو هيفن، كونيتيكت 06505