

Resumo da Política de Assistência Financeira Summary of Financial Assistance Policy

Yale New Haven Health entende que pode ser difícil para alguns pacientes terem recursos para pagar suas despesas médicas. É por isso que temos uma grande variedade de programas de assistência financeira, concebidos para assistir. Os pacientes são obrigados a preencher um pedido de assistência financeira e fornecer documentos solicitados, para verificar a sua necessidade financeira.

Para saber mais, obtenha uma cópia gratuita da nossa Política de Assistência Financeira e a aplicação, ou para ajuda em completar a aplicação, contacte os Serviços Financeiros e de Admissão do Paciente no 855-547-4584, ou veja www.ynhhs.org/financialassistance ou visite-nos nos escritórios de Admissão em: **Bridgeport Hospital** 267 Grant Street, Bridgeport, CT; **Greenwich Hospital**, 5 Perryridge Road, Greenwich, CT; **Lawrence + Memorial Hospital** 365 Montauk Avenue, New London, CT; **Westerly Hospital** 25 Wells Street, Westerly, RI; ou **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.

Atendimento gratuito (Free care)

Você pode ser elegível para ajuda gratuita se:

- Sua família recebe menos do que, ou igual a 2½ vezes do Nível Federal de Pobreza (os montantes máximos de rendimento estão numerados na tabela abaixo a seguir)
- Você solicita a Assistência do Estado (Medicaid) e recebe uma decisão válida por escrito do Estado dentro de 6 meses; e
- Completar uma aplicação para assistência financeira

Atendimento com desconto (Discounted care)

Você pode ser elegível para atendimento com desconto se:

- Sua família recebe menos ou igual a 5½ vezes do Nível da Pobreza Federal (os montantes de renda máxima são listados na tabela acima)
- Você não tem seguro; e
- Você preenche uma aplicação financeira

Renda Máxima

Tamanho da família	Atendimento gratuito	Atendimento c/ desconto
1	\$31,225	\$68,695
2	\$42,275	\$93,005
3	\$53,325	\$117,315
4	\$64,375	\$141,625

*Atendimento gratuito: adicione **US\$ 11,050** para cada membro da família adicional

*Atendimento com desconto: adicione **US\$ 24,310** para cada membro da família adicional

Fundos Restritos para camas (Restricted bed funds)

Você pode ser elegível para receber fundos restritos para camas, fundos que foram doados para fornecer cuidados gratuitos ou com desconto para os indivíduos que satisfaçam os critérios de fundos individuais, para reduzir ou eliminar as suas contas, se você terá demonstrado uma necessidade financeira, conforme determinado pelo numerador do fundo; e se cumprir todos os critérios de elegibilidade para receber fundos (cada fundo tem critérios exclusivos). Não existem limites específicos para receber os fundos restritos para camas. A elegibilidade é determinada numa base de caso a caso pelos nomeadores de fundo com base em dificuldades financeiras. Todos os pacientes que preencherem a Aplicação de Assistência Financeira YNHHS serão automaticamente considerados para os fundos restritos para camas.

Programa “Eu e o meu bebê” do Yale New Haven Hospital (Yale New Haven Hospital “Me & My Baby” Program)

Este programa é aplicável aos pacientes do Yale New Haven Hospital. Fornece serviços de cuidados pré-natais, de parto e assistência ao parto, e alguns cuidados pós-parto gratuitos para aqueles que se qualificarem. Você poderá ser elegível se morar em New Haven County; Não tiver qualquer tipo de seguro de saúde; e a sua família recebe menos do que, ou igual a 2½ vezes do Nível de Pobreza Federal (veja a tabela dos montantes máximos); você solicita a Assistência do Estado (Medicaid) e recebe uma decisão válida por escrito. Para mais informação ou para pedir uma aplicação para o programa Eu e o meu bebê do Yale New Haven Hospital, fale com os nossos representantes no Centro das Mulheres (Women’s Center) ou ligue para **203-688-5470**

Clinica Ambulatória do Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

A clínica ambulatória do Greenwich Hospital fornece atendimento gratuito ou com desconto para indivíduos que se candidatam e são aprovados para a adesão à clínica. Se não tiver seguro, e não é elegível para receber a Assistência do Estado (Medicaid), poderá ser elegível se for residente de Greenwich e os rendimentos da família forem menos ou igual a 4 vezes o Nível da Pobreza Federal. Para obter mais informações ou para obter uma aplicação, por favor ligue para **203-863-3334**.

Uma nota sobre os programas

Você deve ser um cidadão ou residente dos Estados Unidos para ser elegível para apoio financeiro. Estes programas abrangem cuidados de emergência ou outros ou outros cuidados médicos necessários. Eles cobrem as contas hospitalares SOMENTE as contas médicas da Yale New Haven Health. Um link à lista de provedores que fornecem tais cuidados e se eles seguem ou não o FAP (Programa de Assistência Financeira) poderá ser encontradas no FAP. Pacientes elegíveis para apoio financeiro não serão cobrados mais do que o montante faturado geralmente para pacientes com o seguro para emergências ou outros cuidados médicos necessários.

Yale New Haven Health responderá a cada pedido por escrito. Se o seu pedido é negado, você poderá reaplicar a qualquer momento. Fundos gratuitos para camas adicionais são disponibilizados anualmente. Traduções da nossa Política de Assistência Financeira, o resumo da Política de Assistência Financeira e a aplicação estão disponíveis para determinados grupos com proficiência limitada de inglês.

Contacte 1-855-547-4584 para ajuda.

Como é que me inscrevo para assistência financeira? (How do I apply for financial assistance?)

Para tornar o processo fácil para pacientes, o Yale New Haven Hospital usa um formulário para a maioria de programas de assistência financeira. Se é um paciente do Yale New Haven Hospital e gostaria de aplicar para o programa Eu e o meu bebê, por favor contacte o representante do nosso Centro de Mulheres no 203-688-5470. Se é um paciente do Greenwich Hospital e deseja aplicar para a clinica ambulatória, por favor contacte 203-863-3334.

Nota: Deverá ter contas atuais ou um compromisso agendado para se qualificar para os nossos programas de assistência financeira.

Programa de Atendimento gratuito: Siga os passos 1, 2, 3 e 4.

Programa de Atendimento Descontado: Siga os passos 2, 3 e 4.

Passo 1: Solicitar Assistência Médica do Estado

De maneira a ser considerado para os cuidados gratuitos cuidados, você DEVERÁ aplicar para Assistência Médica (Medicaid) no estado onde você mora e receber uma decisão válida dentro de 6 meses, por escrito, acerca da sua aplicação. Uma negação não é "válida", se foi emitida porque você não forneceu informações ou colaborou.

Você poderá aplicar para Medicaid no seu escritório local do Departamento de Serviços Sociais (DSS). Moradores de CT ligue para o 1-800-842-1508 para encontrar o escritório DSS mais perto de você ou aplicar on-line no www.accesshealthct.com. Moradores de Rhode Island ligue para o 1-855-840-4774. O hospital também tem funcionários que podem ajudá-lo a preencher as aplicações. Se precisar de ajuda, ligue para o 1-855-547-4584.

Depois de receber uma decisão escrita do DSS, você poderá solicitar para os Cuidados Gratuitos. Não aceitamos cartas de decisão com validade de mais do que 6 meses.

Passo 2: Completar a Aplicação.

Por favor, responda a TODAS as perguntas e assine e coloque a data na aplicação. Se uma pergunta não se aplica à sua família, por favor escreva "N/a" (não aplicável) no espaço fornecido.

Passo 3: Anexar o comprovativo de rendimento à sua aplicação. O comprovativo de rendimento é um documento que mostra o rendimento que sua família ganha na época que você preenche a aplicação. Consulte a tabela no lado direito para o tipo de documentos que podem ser utilizados.

Passo 4: Envie a aplicação.

- Inclua:
- 1) A carta de decisão do DSS acerca da sua elegibilidade para Assistência do Estado.
 - 2) a aplicação preenchida, assinada e datada; e
 - 3) Comprovativo de rendimento para:

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

Os documentos a seguir podem ser usados como comprovativo de rendimentos:

Se o rendimento da sua família vem de ...	Podes anexar cópias desses documentos como prova de renda: (Esses documentos não podem exceder seis meses da data de emissão, exceto para a sua Restituição Federal de Taxas mais recente, o qual pode exceder esse prazo)
Salários (Se recibes um salário ou recibes á hora por um trabalho)	<ul style="list-style-type: none"> – Dois (2) dos mais recentes recibos de pagamento, OU – Uma carta do seu patrão em papel timbrado da empresa, informando quantas horas você trabalha e quanto você ganha por hora (antes de impostos)
Rendimentos autônomos (Se trabalho por conta própria)	<ul style="list-style-type: none"> – A mais recente Declaração Federal de Imposto sobre os Rendimentos (deve ser assinada por si)
Benefícios (Segurança Social, Veteranos, Compensação dos Trabalhadores, Desemprego, pensões, fundos da Reforma, SSI, pensão alimentar)	<ul style="list-style-type: none"> – A carta mais recente do prêmio do benefício, OU – Declaração de benefícios, OU – Talão do cheque
Rendimento de aluguer	<ul style="list-style-type: none"> – Cópia do contrato ou acordo escrito, mostrando a quantidade da renda, OU – Uma carta escrita por você, indicando a quantidade de aluguel que você recebe por ano
Juros, Dividendos, ou Anuidades	<ul style="list-style-type: none"> – A mais recente Declaração Federal de Impostos, OU – Declaração da instituição financeira, informando a quantidade e a frequência dos pagamentos e o montante pago este ano até à data
Se não tiver nenhum rendimento	<ul style="list-style-type: none"> – Uma carta da pessoa que o apoia, OU – Se você não tem uma pessoa que o apoia, envie uma carta assinada e datada, explicando sua situação financeira atual

Aplicação para Programa de Assistência Financeira (Application for Financial Assistance Programs)

Yale New Haven Hospital usa um formulário para a maioria de programas de assistência financeira. Ao completar esta aplicação deverá ser considerado para os nossos Cuidados Gratuitos, Cuidados Descontados, e Programa de Fundos para Camas
Para obter instruções sobre como aplicar para a assistência financeira, por favor consulte a página 2.

Qualquer dúvida sobre esta aplicação, por favor ligue para o 855-547-4584.

1. Informação do Paciente (Patient Information):

_____		_____	
Apelido	Nome		
_____		_____	
Morada		Data de Nascimento	
_____		_____	
Cidade	Estado	Zip Code	Numero de telefone
Se está grávida, qual a data de nascimento? _____			_____
			Número de registro médico (se disponível)
Estado Legal: <input type="checkbox"/> Cidadão dos E.U. <input type="checkbox"/> Residente E.U. <input type="checkbox"/> Visto (estudante, trabalho, visita) <input type="checkbox"/> Não Cidadão dos E.U			

2. Informação sobre a Família: Escreva na lista o seu cônjuge e/ou filhos dependentes morando na sua casa. Não inclua parceiros não casados. Se for necessário mais espaço, por favor anexe um documento separado.

Nome do membro da família	Relação ao candidato	Data de nascimento

3. Informação sobre rendimentos:

Devem ser fornecidas informações de rendimento para você e seu cônjuge. Inclua todas as fontes de rendimento. Fontes de rendimento podem incluir, mas não estão limitadas a: salário, pensão alimentícia, segurança social, desemprego, renda, do trabalhador compensação e pensão alimentícia. Se você não tiver nenhum rendimento, anexe uma carta de apoio com a sua aplicação. (Ver instruções na página 2)

Nome do membro da família	Fonte de rendimento	Quantidade de ganhos antes de impostos (coloque círculo)	Desempregado / Sem renda
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/>

4. Seguro de saúde:

Você está coberto sob qualquer apólice de seguro de saúde, incluindo Medicare, Medicaid ou cobertura de um país estrangeiro? SIM NÃO

Se sim, por favor anexe uma cópia da frente e inverso do seu cartão de seguro para esta aplicação, OU digite o seguinte:

Tomador:	Segurador:	No. da Apólice.:
Tomador:	Segurador:	No. da Apólice.:

5. Por favor leia cuidadosamente antes de assinar:

Ao assinar abaixo, certifico-me que tudo que afirmei nesta aplicação e qualquer anexo é verdadeiro.

- Eu entendo que qualquer informação incorreta, incompleta ou falsa neste formulário pode resultar na rejeição do meu pedido de ajuda financeira.
- Eu dou permissão ao Yale New Haven Health para verificar toda e qualquer informação.
- Eu dou permissão ao Yale New Haven Health para solicitar meu relatório de crédito.
- Eu concordo reembolsar o montante total do meu prêmio de assistência financeira, se eu receber qualquer tipo de pagamento, incluindo prêmios de uma ação judicial, para os serviços abrangidos por esta aplicação.
- Eu concordo informar ao Yale New Haven Health de qualquer alteração que poderia mudar a minha elegibilidade para a assistência financeira.
- Eu entendo que em relação ao meu pedido de ajuda financeira, Yale New Haven Health poderá precisar divulgar Informação de Saúde Protegida, (esse termo é definido na regra de privacidade HIPAA, 42 CFR partes 160 até 164) sobre mim, a fim de determinar a minha elegibilidade.
- Eu entendo que qualquer divulgação será para fins de pagamento, conforme definido na regra de privacidade HIPAA.

Assinatura do requerente ou responsável legal

Data

Nome impresso do requerente ou responsável legal

Por favor, lembre-se de anexar por escrito uma decisão válida da sua aplicação de Assistência Medicaid (Medicaid) e comprovante de renda ou uma carta de apoio com sua aplicação de assistência financeira.

Remeter a aplicação concluída para:

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