

Памятка о порядке предоставления финансовой помощи

Администрация организации здравоохранения Yale New Haven Health понимает, что некоторые пациенты могут испытывать затруднения при оплате медицинских счетов. Поэтому мы разработали ряд программ финансовой поддержки. Для участия в них пациенту необходимо заполнить бланк заявления на предоставление финансовой помощи и приложить документы, подтверждающие потребность в финансовой поддержке.

Бесплатное обслуживание

Вы можете иметь право на бесплатное медицинское обслуживание, если:

- Доходы вашей семьи превышают федеральный прожиточный минимум не более чем в 2½ раза, и
- Вы заполняете бланк заявления на предоставление финансовой помощи

Обслуживание по сниженным ценам

Вы можете иметь право на медицинское обслуживание по сниженным ценам, если:

- Доходы вашей семьи превышают федеральный прожиточный минимум не более чем в 5½ раза
- У вас нет медицинской страховки, и
- Вы заполняете бланк заявления на предоставление финансовой помощи

Обслуживание по дифференцированным ценам

Вы можете иметь право на медицинское обслуживание по дифференцированным ценам, если:

- Доходы вашей семьи превышают федеральный прожиточный минимум не более чем в 5½ раза
- У вас есть медицинская страховка, и
- Вы заполняете бланк заявления на предоставление финансовой помощи

Часто задаваемые вопросы

При каких максимальных уровнях доходов возможно участие в программах?

Подробные сведения о максимальных уровнях доходов для каждой из программ доступны на странице www.ynhhs.org/financialassistance.

Есть ли дополнительные условия предоставления финансовой помощи?

В дополнение к соответствию требованиям по размеру дохода, у вас должны быть актуальные счета или запись на прием к врачу. Также вы должны иметь гражданство или вид на жительство в США.

На какие услуги распространяется финансовая помощь?

Наши программы финансовой помощи распространяются только на счета за неотложную и другую необходимую по медицинским показаниям помощь в учреждениях Yale New Haven Health. Список медицинских учреждений, участвующих в программах, доступен на странице www.ynhhs.org/financialassistance.

В течение какого времени я имею право на участие в программе?

В случае подтверждения вашего права на бесплатное обслуживание или обслуживание по сниженным или дифференцированным ценам, вы сможете пользоваться им в течение 12 месяцев с момента утверждения вашего заявления.

Как я узнаю, одобрено ли мое заявление?

Мы отвечаем на все заявления письменно. Если ваше заявление будет отклонено, вы сможете подать его повторно в любое время. Дополнительные фонды на льготное обслуживание в больницах выделяются ежегодно.

К кому мне обратиться, если у меня остались вопросы?

Чтобы узнать больше, см. документ «Порядок работы программ финансовой помощи» [Financial Assistance Policy]. Если вам нужна помощь в заполнении заявления, позвоните в отдел финансовых и приёмных услуг для пациентов [Patient Financial and Admitting Services] по телефону 855-547-4584.

Дополнительные сведения о программах поддержки

Частные больничные фонды

Ограниченные средства частных больничных фондов пожертвованы для оказания бесплатной медпомощи или медпомощи по сниженным ценам пациентам, которые удовлетворяют индивидуальным критериям фондов на получение финансовой помощи. Вы можете подойти под их условия и получить скидку или полную оплату вашего счёта, если у вас есть доказанные финансовые затруднения, определённые учредителем фонда, и вы удовлетворяете всем критериям на право получения помощи от фонда (у каждого фонда свои критерии). Для получения средств из частных больничных фондов не определены конкретные предельные уровни дохода. Право лица на получение средств определяется в индивидуальном порядке учредителями фонда на основе испытываемых этим лицом финансовых затруднений. Кандидатуры всех пациентов, которые заполнили бланк заявления на предоставление им финансовой помощи по программам Yale New Haven, автоматически будут рассмотрены в качестве претендентов на получение средств из частных больничных фондов.

Программа «Я и мой ребенок» в Yale New Haven Hospital

Программа предусмотрена для пациентов больницы Yale New Haven Hospital. Предоставляются медицинские услуги по родовому уходу, приёму родов, а также некоторые бесплатные услуги в послеродовой период пациенткам, которые имеют право на их получение, если:

1. Они проживают в округе Нью-Хейвен.
2. У них нет никакой медицинской страховки.
3. Доход их семьи не превышает 2½ суммы федерального прожиточного минимума.
4. Они обратились за государственной помощью (Medicaid) и получили положительное письменное решение.

Для получения дополнительной информации или бланка заявления на участие в программе «Я и мой ребенок» больницы Yale New Haven обратитесь к нашему представителю в Центре женского здоровья [Women's Center] или позвоните по телефону 203-688-5470.

Поликлиника при Greenwich Hospital

В амбулаторной клинике Greenwich Hospital предоставляются бесплатные услуги или услуги по сниженным ценам лицам, которые обратились в администрацию клиники с заявлением о постановке их на учет в качестве её членов и заявления которых были удовлетворены. Если у вас нет медицинской страховки, и вы не имеете права на получение государственной помощи (в рамках программы Medicaid), вы можете иметь право на получение финансовой поддержки, если:

1. Вы проживаете в городе Гринвич
2. Ваш семейный доход превышает общегосударственный прожиточный минимум не более чем в 4 раза.

Для получения дополнительной информации или бланка заявления, звоните по телефону 203-863-3334.

Примечание о программах

Пациентам с правом на получение финансовой помощи не будут выставлены счета на большую сумму, чем обычно выставляются пациентам с медицинской страховкой за обслуживание в неотложной ситуации или при оказании другой помощи, необходимой по медицинским показаниям. Лицам с ограниченными навыками владения английским языком предоставляются переводы документов «Политика предоставления финансовой помощи», «Памятка о порядке предоставления финансовой помощи» и бланка заявления на предоставление финансовой помощи.

Как подать заявление на предоставление финансовой помощи?

Для упрощения процедуры обращения за финансовой помощью, Yale New Haven Health применяет заявление единого образца, подходящее для большинства программ финансовой помощи. Чтобы подать заявление, выполните следующие действия:

Шаг 1: Заполните бланк заявления.

Ответьте на все вопросы, поставьте подпись и укажите дату подписания заявления. Если вопрос не применим к вашей семье, напишите «N/A» (не применимо) в отведенном для ответа месте.

Шаг 2: Приложите к вашему заявлению документы, подтверждающие сумму ваших доходов. Справкой о доходах служит документ, в котором указана сумма доходов вашей семьи на момент подачи заявления. В таблице справа указаны типы документов, которые могут служить подтверждением доходов вашей семьи.

Шаг 3: Отправьте заявление по почте или принесите его лично.

Приложите:

1. Полностью заполненное заявление, с датой и подписью
2. Документы о доходах

Адрес для отправки по почте:

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



При личном визите:

Приходите в любое из перечисленных ниже учреждений:

Больница Bridgeport Hospital
267 Grant Street, Bridgeport, CT

Больница Bridgeport Hospital, корпус Milford Campus
300 Seaside Ave, Milford, CT

Больница Greenwich Hospital
5 Perryridge Road, Greenwich, CT

Больница Lawrence + Memorial Hospital
365 Montauk Avenue, New London, CT

Больница Westerly Hospital
25 Wells Street, Westerly, RI

Больница Yale New Haven Hospital
20 York Street, New Haven, CT

Больница Yale New Haven Hospital, корпус St. Raphael
20 York Street, New Haven, CT

Чтобы узнать больше, получите бесплатную копию нашей «Политики финансовой помощи» или обратитесь за помощью в заполнении заявки



По телефону:

855-547-4584
Пн–пт 7:30–17:00



Через Интернет:

www.ynhhs.org/financialassistance

Для подтверждения суммы доходов можно использовать следующие документы:

<p>Если источником дохода вашей семьи является...</p>	<p>В подтверждение суммы доходов вашей семьи вы можете приложить копии следующих документов: (Эти документы должны быть выданы не более 6 месяцев назад, за исключением вашей самой последней федеральной налоговой декларации, которая может быть оформлена ранее)</p>
<p>Заработная плата (Если вы получаете фиксированную зарплату или ваш труд оплачивается по почасовой ставке)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Две (2) самые последние платежные квитанции, ИЛИ – Письмо от вашего работодателя на фирменном бланке с указанием количества ваших рабочих часов и вашей ставки почасовой оплаты труда (до уплаты налогов)
<p>Доход от частной практики (Если вы работаете на себя)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Самая последняя федеральная налоговая декларация (обязательно с вашей подписью)
<p>Льготные пособия и выплаты (Социальные пособия; пособия бывшим военнослужащим; компенсационные выплаты работнику за травму на рабочем месте; пособия по безработице; пенсии; выплаты из пенсионных фондов; выплаты по программе социального обеспечения (SSI); алименты)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Самое последнее письмо с уведомлением о назначении пособия, ИЛИ – Справка о выплате льготных пособий, ИЛИ – Квитанции о выплате пособий
<p>Доход от сдачи в аренду</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Копия договора аренды или письменного соглашения с указанием суммы арендной платы, ИЛИ – Письмо, написанное вами, с указанием суммы арендной платы, которую вы получаете в год
<p>Проценты, дивиденды или аннуитетные платежи</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Самая последняя федеральная налоговая декларация, ИЛИ – Справка из финансового учреждения с указанием сумм и периодичности выплат, а также суммы, выплаченной в этом году на текущую дату
<p>Если вы не имеете никакого дохода</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Письмо от лица, которое поддерживает вас, ИЛИ – Если вас никто не поддерживает, отправьте письмо с датой и подписью, с объяснением вашего текущего финансового положения

Заявление на участие в программах финансовой помощи

Администрация организации Yale New Haven Health предлагает единый бланк заявления для большинства программ финансовой помощи. После подачи этого заявления, ваша кандидатура будет рассмотрена в качестве претендента на участие в наших программах бесплатного медицинского обслуживания, медицинского обслуживания по сниженным ценам, медицинского обслуживания по дифференцированным ценам и в программе по распределению фондов для оплаты больничных услуг. Процедура подачи заявления на предоставление финансовой помощи, приведена на стр. 2. Если у вас есть вопросы по поводу этого заявления, позвоните по телефону 855-547-4584.



1. Сведения о пациенте:

Фамилия	Имя		
Адрес: улица и номера дома		Дата рождения	
Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона
Номер медицинской карты (если таковая имеется)			

2. Семья: Укажите своего супруга и/или всех находящихся на иждивении детей, живущих с вами. Не включайте партнеров, с которыми вы не состоите в браке. Если здесь недостаточно места, приложите список отдельно.

Имя и фамилия члена семьи	Кем приходится заявителю	Дата рождения

3. Сведения о доходах:

Включите информацию обо всех источниках доходов у вас и вашего супруга. Необходимо предоставить сведения о ваших доходах и доходах вашего супруга/супруги. Источниками доходов считаются: заработная плата и оклад, алименты на содержание, выплаты по программе социального обеспечения, пособия по безработице, поступления от сдачи в аренду, алименты на детей, компенсационные выплаты работнику за травму на рабочем месте и пр. Если у вас нет никакого дохода, приложите к своему заявлению письмо с указанием источников поддержки. (Инструкции приведены на стр. 2)

Имя и фамилия члена семьи	Источник дохода	Полученная сумма до уплаты налогов	Нет работы/дохода
		\$ _____ <input type="checkbox"/> За неделю <input type="checkbox"/> За 2 недели <input type="checkbox"/> За месяц	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> За неделю <input type="checkbox"/> За 2 недели <input type="checkbox"/> За месяц	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> За неделю <input type="checkbox"/> За 2 недели <input type="checkbox"/> За месяц	<input type="checkbox"/>

4. Медицинская страховка:

Есть ли у вас какая-либо медицинская страховка, включая Medicare или Medicaid, или договор медицинского страхования со страховщиком из другой страны? ДА НЕТ

Если **да**, приложите к этому заявлению копию лицевой и оборотной стороны вашей страховой карточки или укажите следующую информацию:

Держатель страхового полиса (ФИО):	Страховщик:	Номер полиса:
Держатель страхового полиса:	Страховщик:	Номер полиса:

5. Прочтите внимательно перед подписанием:

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что все предоставленные мной сведения в этом заявлении и во всех приложениях к нему являются верными.

- Я понимаю, что любые неверные, неполные или ложные сведения, предоставленные мной в этом документе, могут стать причиной отклонения заявления о предоставлении финансовой помощи.
- Я даю администрации организации Yale New Haven Health разрешение на проверку достоверности всей предоставленной информации.
- Я даю администрации организации Yale New Haven Health разрешение на запрос моей кредитной истории.
- Я даю согласие возместить всю сумму финансовой помощи на оплату услуг, полученную благодаря этому заявлению, если я получу выплату любого рода, в том числе выплату по судебному иску.
- Я даю согласие информировать администрацию организации Yale New Haven Health обо всех изменениях, которые могут повлиять на моё право получения финансовой помощи.
- Я понимаю, что в связи с моим заявлением о финансовой помощи, администрации Yale New Haven Health, возможно, потребуется раскрыть охраняемую законом информацию (определенную в постановлении о конфиденциальности Закона о медицинском страховании и ответственности за конфиденциальность личных сведений медицинского характера [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA], в разделе 42 свода федеральных постановлений [Code of Federal Regulations, CFR], части 160–164) о состоянии моего здоровья, для подтверждения наличия у меня права на получение финансовой помощи.
- Я понимаю, что раскрытие медицинской информации личного характера будет осуществляться в целях оплаты моих счетов, как определено в постановлении о конфиденциальности Закона о медицинском страховании и ответственности за конфиденциальность личных сведений медицинского характера [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA].

Подпись лица, обращающегося за помощью, или его/её законного опекуна

Дата

Имя и фамилия заявителя или законного опекуна печатными буквами

Не забудьте приложить к заявлению о предоставлении финансовой помощи документы, подтверждающие совокупный доход, или письмо от поддерживающего вас лица.

Отправьте заполненные документы по адресу:

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