

## 经济援助政策概要

Yale New Haven Health 明白，一些患者可能无力支付医药费。为此，我们推出了多种经济援助计划，以帮助患者减轻经济压力。患者需要填写经济援助申请表，并提供必要的证明文件，用于核实其经济需求。

### 免费医疗护理

在以下情况，您可能有资格获得免费医疗护理：

- 您的家庭收入低于或等于联邦贫困线的 2.5 倍；以及
- 您填写了经济援助申请表

### 折扣医疗护理

在以下情况，您可能有资格获得折扣医疗护理：

- 您的家庭收入低于或等于联邦贫困线的 5.5 倍；
- 您没有保险；以及
- 您填写了经济援助申请表

### 浮动收费援助

在以下情况，您可能有资格获得浮动收费援助：

- 您的家庭收入低于或等于联邦贫困线的 5.5 倍；
- 您投保了保险；以及
- 您填写了经济援助申请表

## 常见问题

### 符合经济援助计划资格的最高收入水平是多少？

有关各项计划的最高收入水平详情，请访问

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

### 申请经济援助是否还要符合其他资格？

除符合收入要求外，您还必须提供当期账单或预约，并且是美国公民或居民。

### 经济援助覆盖哪些方面？

我们的经济援助计划只涵盖 Yale New Haven Health 的急诊和其他医学必需护理的账单。有关覆盖的服务提供者名单，请访问 [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)。

### 我有资格申请多长时间的经济援助？

一旦获准享受免费医疗护理、折扣医疗护理或浮动收费援助，您将有资格享受 12 个月的经济援助，从申请获批当天起算。

### 如何知晓我的申请是否获批？

我们将书面回复每份申请。若您的申请被拒，您可以随时重新申请。每年会有其他免费病床基金可申请。

### 如果我有其他疑问，可以联系谁？

如需了解详细信息、免费获取经济援助政策和申请表的副本，或者需要帮助填写申请表，请拨打 855-547-4584 联系我们的患者财务与入院服务部 (Patient Financial and Admitting Services)。

## 更多计划详细信息

### 专用病床基金

专用病床基金以捐赠的形式筹集，旨在向符合单个基金标准的患者提供免费或折扣医疗护理。如果您的经济需求得到基金提名者确定，并且符合申领基金的所有资格标准（各个基金有其独特标准），那么您可能有资格获得专用病床基金，以减免医疗费用。申领专用病床基金没有具体的收入限制。基金提名者根据经济困难情况，逐个案件确定申领资格。所有填写 YNHHS 经济援助申请表的患者将自动纳入专用病床基金的考虑范围。

### Yale New Haven Hospital “Me & My Baby” 计划

本计划适用于 Yale New Haven Hospital 患者，向符合以下条件的人士免费提供产前护理和一些产后护理：

1. 您居住在 New Haven 郡。
2. 您未投保任何健康保险。
3. 家庭收入低于或等于联邦贫困线的 2.5 倍（请参阅最高收入表）。
4. 您填写了 “Me & My Baby” 申请表。

如需了解详细信息或要求申请 Yale New Haven Hospital Me & My Baby 计划，请咨询您的服务提供者或拨打 203-688-2481。

### Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic 为申请并获批成为诊所会员的个人提供免费或折扣医疗护理。如果您未投保任何保险且不符合申领州援助 (Medicaid) 的资格，但符合以下条件，则您可能有资格申请本计划：

1. 您是 Greenwich 居民
2. 您的家庭收入低于或等于联邦贫困线的 4 倍。

如需详细信息或获取申请表，请拨打 203-863-3334。

### 计划说明

符合经济援助资格的患者需要支付的急诊或其他医学必需护理的费用，通常不会超过投保保险的患者所支付的费用。对于某些英语水平有限的群体，我们提供经济援助政策、经济援助政策概要和申请表的译文。





#### 4. 健康保险:

您是否投保了任何健康保险, 包括 Medicare 或 Medicaid, 或者任何外国保险?  是  否

如果是, 请随申请表附上您的保险卡正反面副本, 或者填写以下信息:

投保人:	保险公司:	保险单号:
投保人:	保险公司:	保险单号:

#### 5. 请仔细阅读后再签名:

在下方签名, 即表示本人证明, 本人在此申请表和附件中所述一切信息均为真实的。

- 本人明白, 在此申请表上填写任何不正确、不完整或虚假信息, 均可能导致本人的经济援助申请被拒绝。
- 本人授权 Yale New Haven Health 核实所有信息。
- 本人授权 Yale New Haven Health 请求获取本人的信用报告。
- 本人同意, 若本人因此申请表所涵盖的服务而收到任何形式的款项, 包括诉讼赔偿, 本人将全额偿还本人的经济援助金。
- 本人同意通知 Yale New Haven Health 任何可能改变本人申请经济援助资格的变化。
- 本人了解, 就本人申请经济援助而言, Yale New Haven Health 可能需要披露本人的受保护健康信息 (受保护健康信息的定义见 HIPAA 隐私规则 42 CFR 第 160 至 164 部分), 以确定本人的资格。
- 本人了解, 任何此类披露都是出于 HIPAA 隐私规则中定义的支持目的。

\_\_\_\_\_  
申请人或法定监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
申请人或法定监护人正楷姓名

**请记得随经济援助申请表附上收入证明或支持信。**

**请将填妥的申请表邮寄至:**

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