

फाइनेंसियल असिस्टेंस पॉलिसी का सारांश

Yale New Haven Health समझता है कि कुछ मरीजों के लिए अपने चिकित्सा बिलों का भुगतान करना कठिन हो सकता है। यही कारण है कि हमारे पास अनेक प्रकार के फाइनेंसियल असिस्टेंस (वित्तीय सहायता) प्रोग्राम्स हैं, मदद करने के उद्देश्य से जिन्हें डिज़ाइन किया गया है। मरीजों को वित्तीय सहायता आवेदन पत्र भरना होगा और फिर उन्हें वित्तीय ज़रूरतों के सत्यापन के लिए मांगे गए दस्तावेज उपलब्ध कराने होंगे।

निःशुल्क देखभाल

आप निःशुल्क देखभाल के पात्र हो सकते हैं यदि:

- आपके परिवार की आय फेडरल पॉवर्टी लेवल से 2½ गुना या उससे कम है; और
- आप वित्तीय सहायता आवेदन पूरा करते हैं

रियायती देखभाल

आप रियायती देखभाल प्राप्त करने के पात्र हो सकते हैं यदि:

- आपके परिवार की आय फेडरल पॉवर्टी लेवल से 5½ गुना या उससे कम है;
- आपका बीमा नहीं है; और
- आप वित्तीय सहायता आवेदन पूरा करते हैं

स्लाइडिंग स्केल

आप स्लाइडिंग स्केल प्राप्त करने के पात्र हो सकते हैं यदि:

- आपके परिवार की आय फेडरल पॉवर्टी लेवल से 5½ गुना या उससे कम है;
- आपका बीमा है; और
- आप वित्तीय सहायता आवेदन पूरा करते हैं

अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न

इन कार्यक्रमों के लिए पात्र होने के लिए अधिकतम आय स्तर क्या हैं?

प्रत्येक कार्यक्रम के अधिकतम आय स्तरों पर विवरण के लिए, www.ynhhs.org/financialassistance पर जाएं।

क्या वित्तीय सहायता के लिए कोई अन्य पात्रता भी है?

आय से जुड़ी योग्यता को पूरा करने के अलावा, आपके पास नवीनतम बिल या निर्धारित अपॉइंटमेंट होना चाहिए और पात्रता के लिए संयुक्त राज्य का नागरिक या निवासी होना ज़रूरी है।

वित्तीय सहायता के अंतर्गत क्या शामिल है?

हमारे वित्तीय सहायता कार्यक्रम में आपातकालीन और अन्य चिकित्सकीय रूप से ज़रूरी देखभाल के लिए केवल Yale New Haven Health के बिल शामिल हैं। कवर किए गए प्रदाताओं की सूची का लिंक www.ynhhs.org/financialassistance पर देखा जा सकता है।

मैं कब तक इसे प्राप्त करने का पात्र बना रहूँगा?

निःशुल्क देखभाल, रियायती देखभाल, या स्लाइडिंग स्केल, के लिए स्वीकृति मिल जाने के बाद, आप आवेदन स्वीकार होने की तारीख से लेकर 12 महीनों तक के लिए पात्र होंगे।

मुझे कैसे पता चलेगा कि मेरा आवेदन स्वीकृत हो चुका है?

हम लिखित रूप में प्रत्येक आवेदन का उत्तर देंगे। यदि आपका आवेदन अस्वीकृत हो जाता है, तो आप कभी भी फिर से आवेदन कर सकते हैं। प्रति वर्ष अतिरिक्त निःशुल्क बेड फंड उपलब्ध होते हैं।

यदि मेरे अतिरिक्त प्रश्न हैं तो इसके लिए किससे संपर्क कर सकता हूँ?

अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए, हमारी फाइनेंसियल असिस्टेंस पॉलिसी और आवेदन पत्र की निःशुल्क प्रतिलिपि प्राप्त करने, या आवेदन पत्र पूरा करने में मदद के लिए 855-547-4584 पर पेशेंट फ़ाइनेंसियल एंड एडमिटिंग सर्विस से संपर्क करें।

अन्य कार्यक्रमों का विवरण

रिस्ट्रिक्टेड बेड फंड

व्यक्तिगत निधि मानदंडों को पूरा करने वाले व्यक्तियों को निःशुल्क या रियायती देखभाल प्रदान करने के लिए रिस्ट्रिक्टेड बेड फंड (Restricted Bed Funds) दान किया गया है। यदि आपके द्वारा प्रदर्शित वित्तीय ज़रूरत, निधि के नामांकित व्यक्ति के निर्धारण के अनुरूप है, और आप निधि प्राप्त करने के लिए सभी पात्रता मानदंडों को पूरा करते हैं (प्रत्येक निधि के लिए मानदंड अद्वितीय हैं) तो आप अपने बिल को कम करने या रद्द करने के लिए इन निधियों को प्राप्त करने के पात्र हो सकते हैं। रिस्ट्रिक्टेड बेड फंड की प्राप्ति के लिए कोई विशेष आय सीमा नहीं है। वित्तीय कठिनाई के आधार पर निधि के नामांकित व्यक्तियों द्वारा हर मामले के आधार पर पात्रता का निर्धारण किया जाता है। YNHHS वित्तीय सहायता आवेदन पत्र भरने वाले सभी मरीजों को स्वतः रिस्ट्रिक्टेड बेड फंड के लिए विचार किया जाएगा।

Yale New Haven Hospital मी एंड माई बेबी प्रोग्राम ("Me & My Baby Program")

यह कार्यक्रम Yale New Haven Hospital के मरीजों के लिए लागू है। यह प्रसव पूर्व देखभाल उपलब्ध कराता है और प्रसव के बाद कुछ देखभाल उन लोगों के लिए निःशुल्क है जो इसके पात्र हैं:

1. आप New Haven काउंटी में रहते हैं।
2. आपका कोई स्वास्थ्य बीमा नहीं है।
3. आपकी पारिवारिक आय फेडरल पॉवर्टी लेवल से 2½ गुना या उससे कम है।
4. आप "मी एंड माई बेबी" का आवेदन पत्र भरते हैं।

अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए या Yale New Haven Hospital के मी एंड माई बेबी प्रोग्राम के लिए आवेदन का अनुरोध करने के लिए, कृपया अपने प्रदाता से पूछें अथवा **203-688-2481** पर कॉल करें।

Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic उन लोगों को रियायती देखभाल उपलब्ध कराता है, जो आवेदन करते हैं और क्लिनिक सदस्यता के लिए अनुमोदित होते हैं। यदि आपके पास बीमा नहीं है, और आप राज्य सहायता (Medicaid) के लिए पात्र नहीं हैं, तो आप पात्र हो सकते हैं यदि:

1. आप ग्रीनविच के निवासी हैं
2. आपकी पारिवारिक आय फेडरल पॉवर्टी लेवल से 4 गुना कम या बराबर है।

अधिक जानकारी के लिए या आवेदन पत्र प्राप्त करने के लिए कृपया **203-863-3334** पर कॉल करें।

कार्यक्रमों के बारे में टिप्पणी

फाइनेंसियल असिस्टेंस-वित्तीय सहायता के पात्र मरीजों से सामान्य रूप से आपातकालीन या अन्य चिकित्सकीय आवश्यक देखभाल के लिए बीमा वाले मरीजों को दी जाने वाली राशि की तुलना में अधिक शुल्क नहीं लिया जाएगा। हमारी फाइनेंसियल असिस्टेंस पॉलिसी, फाइनेंसियल असिस्टेंस पॉलिसी का सारांश और आवेदन पत्र का अनुवाद सीमित अंग्रेजी दक्षता वाले कुछ समूहों के लिए उपलब्ध है।

मैं वित्तीय सहायता के लिए कैसे आवेदन कर सकता हूँ?

Yale New Haven Health अधिकांश वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के लिए एक आवेदन का उपयोग करता है, ताकि वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने की प्रक्रिया को सरल बनाया जा सके। आवेदन करने के लिए नीचे दिए गए चरणों को पूरा करें।

चरण 1: आवेदन पत्र को पूरा भरें।

कृपया सभी प्रश्नों के उत्तर दें और आवेदन पर हस्ताक्षर करें और तारीख डालें। यदि कोई प्रश्न आपके परिवार पर लागू नहीं होता है, तो कृपया दिए गए स्थान में "N/A" (लागू नहीं) लिखें।

चरण 2: अपने आवेदन में आय का प्रमाण संलग्न करें।

आय का प्रमाण एक ऐसा दस्तावेज है, जो यह दिखाता है कि आवेदन भरने के समय तक आपके परिवार की आय कितनी है। उपयोग किए जाने वाले दस्तावेजों के प्रकारों के लिए दाईं ओर दी गई तालिका देखें।

चरण 3: आवेदन को डाक द्वारा मेल करें या हमसे स्वयं आकर मिलें।

कृपया शामिल करें:

1. भरा गया, हस्ताक्षर युक्त और तारीख सहित आवेदन पत्र
2. आय का प्रमाण



मेल द्वारा:

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



व्यक्तिगत रूप से:

नीचे दिए गए हमारे किसी भी स्थान पर जाएं:

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

अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए, हमारी फाइनेंसियल असिस्टेंस पॉलिसी की निःशुल्क प्रतिलिपि प्राप्त करें, या आवेदन पत्र मरने में मदद के लिए



फोन के माध्यम से:

855-547-4584
सोमवार-शुक्रवार सुबह 7:30 बजे – शाम 5:00 बजे तक



ऑनलाइन:

www.ynhhs.org/financialassistance

निम्नलिखित दस्तावेजों का उपयोग आय के प्रमाण के रूप में किया जा सकता है:

यदि आपके परिवार की आय इनसे है...	आप आय के प्रमाण के रूप में इन दस्तावेजों की प्रतियों को संलग्न कर सकते हैं: (आपके यह दस्तावेज छह महीने से अधिक पुराने नहीं होने चाहिए, केवल नवीनतम फेडरल टैक्स रिटर्न को छोड़कर, जो पुराना हो सकता है।)
मजदूरी (यदि आपको वेतन मिलता है या नौकरी के लिए घंटे के हिसाब से भुगतान प्राप्त होता है)	<ul style="list-style-type: none"> दो (2) सबसे नवीनतम वेतन का शेष हिस्सा, या कंपनी लेटरहेड पर अपने नियोक्ता का पत्र, जिसमें उल्लेख किया गया हो कि आप कितने घंटे काम करते हैं और आप प्रति घंटे (करों से पहले) कितना कमाते हैं
स्वरोजगार से आय (यदि आप अपने लिए काम करते हैं)	<ul style="list-style-type: none"> नवीनतम फेडरल इनकम टैक्स रिटर्न आपके हस्ताक्षर युक्त होना चाहिए)
लाभ (सामाजिक सुरक्षा, बुजुर्ग, श्रमिक के लिए मुआवजा, बेरोजगारी, पेंशन, सेवानिवृत्ति निधि, SSI, गुजारा भत्ता)	<ul style="list-style-type: none"> नवीनतम लाभ प्राप्त पत्र, या लाभ संबंधी विवरण, या बैंक चेक दस्तावेज
किराए से आय	<ul style="list-style-type: none"> किराए की राशि दिखाने वाले पट्टे या लिखित अनुबंध की प्रति, या आपके द्वारा लिखा गया एक पत्र, जिसमें प्रति वर्ष किराए से आपको प्राप्त होने वाली राशि दिखाई गई हो
ब्याज, लाभांश, या वार्षिक भुगतान	<ul style="list-style-type: none"> नवीनतम फेडरल इनकम टैक्स रिटर्न, या वित्तीय संस्थान से राशि और भुगतान की आवृत्ति और इस वर्ष की अब तक की भुगतान की गई राशि का विवरण
यदि आपकी आय का कोई साधन नहीं है	<ul style="list-style-type: none"> आपको सहारा देने वाले द्वारा कोई लिखित पत्र, या यदि आपको सहारा देने वाला कोई व्यक्ति नहीं है, तो अपनी वर्तमान वित्तीय स्थिति का उल्लेख करते हुए हस्ताक्षर युक्त और तारीख सहित पत्र भेजें

फाइनेंसियल असिस्टेंस प्रोग्राम्स के लिए आवेदन पत्र

Yale New Haven Health अधिकांश वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के लिए एक आवेदन पत्र का उपयोग करता है। इस आवेदन पत्र को भरने पर हमारी फ्री केयर (Free Care), डिस्काउंटेड केयर (Discounted Care), स्लाइडिंग स्केल (Sliding Scale), और बेड फंड (Bed Fund) प्रोग्राम्स के लिए आपकी दावेदारी पर विचार किया जाएगा। वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के दिशा-निर्देशों के लिए, कृपया पृष्ठ 2 देखें। यदि इस आवेदन पत्र से संबंधित कोई प्रश्न आप पूछना चाहते हैं, तो हमें 855-547-4584 पर कॉल करें।



1. मरीज संबंधी जानकारी:

अंतिम नाम	पहला नाम		
पता		जन्म तिथि	
शहर	राज्य	जिप कोड	टेलीफोन नंबर
मेडिकल रिकॉर्ड नंबर (यदि उपलब्ध हो)			

2. परिवार के बारे में जानकारी: अपने जीवनसाथी और/या आपके घर में रहने वाले आश्रित बच्चों को सूचीबद्ध करें। अविवाहित साथी को शामिल न करें। यदि और अधिक स्थान की आवश्यकता है, तो कृपया एक अलग दस्तावेज़ संलग्न करें।

परिवार के सदस्य का नाम	आवेदक के साथ संबंध	जन्म तिथि

3. आय संबंधी जानकारी:

आपके और आपके जीवनसाथी की आय संबंधी जानकारी में सभी स्रोतों से होने वाले आय को शामिल करें। आपके और आपके जीवनसाथी की आय की जानकारी उपलब्ध करवानी आवश्यक है। आय के स्रोतों में निम्न शामिल हैं, लेकिन यह इतने तक सीमित नहीं है: मजदूरी/वेतन, गुजारा भत्ता, सामाजिक सुरक्षा, बेरोजगारी, किराए से प्राप्त आय, श्रमिक को मुआवजा और चाइल्ड सपोर्ट। यदि आपकी आय का कोई स्रोत नहीं है, तो अपने आवेदन पत्र के साथ समर्थन पत्र संलग्न करें। (पृष्ठ 2 पर दिए गए दिशा-निर्देशों को देखें)

परिवार के सदस्य का नाम	आय का स्रोत	कर अदा करने से पहले अर्जित की गई राशि	बेरोजगार / कोई आय नहीं
		\$ _____ <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक	<input type="checkbox"/>

4. स्वास्थ्य बीमा:

क्या Medicare या Medicaid या विदेश से कवरेज सहित किसी भी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के अधीन आपको कवरेज प्राप्त है?

हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया अपने बीमा कार्ड के सामने और पीछे की एक प्रति इस आवेदन के साथ संलग्न करें या निम्नलिखित जानकारी दर्ज करें:

बीमा धारक:	बीमाकर्ता:	पॉलिसी संख्या:
बीमा धारक:	बीमाकर्ता:	पॉलिसी संख्या:

5. हस्ताक्षर करने से पहले कृपया, ध्यान से पढ़ें:

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने इस आवेदन में जो भी जानकारी भरी है और जो भी संलग्न किया है, सभी सत्य हैं।

- मैं समझता/समझती हूँ कि इस आवेदन पत्र में यदि कोई भी जानकारी गलत, अधूरी या असत्य पाई जाती है, तो वित्तीय सहायता के लिए मेरे आवेदन को अस्वीकार किया जा सकता है।
- मैं Yale New Haven Health को किसी भी और सभी तरह की जानकारी के सत्यापन की अनुमति देता/देती हूँ।
- मैं Yale New Haven Health को अपनी क्रेडिट रिपोर्ट की मांग करने की अनुमति देता/देती हूँ।
- यदि इस आवेदन पत्र द्वारा शामिल की गई सेवाओं के लिए मुकदमे से प्राप्त अवार्ड समेत किसी भी प्रकार का भुगतान प्राप्त करता/करती हूँ, तो अपनी वित्तीय सहायता की पूरी राशि चुकाने के लिए मैं सहमत हूँ।
- ऐसे किसी भी परिवर्तन के लिए Yale New Haven Health को सूचित करने को मैं सहमत हूँ, जिसके कारण वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता बदल सकती है।
- मैं समझता हूँ कि वित्तीय सहायता के लिए मेरे आवेदन के संबंध में, Yale New Haven Health को मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए मेरे बारे में संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी (जैसा कि इस शब्द को HIPAA गोपनीयता कानून, 42 CFR भाग 160 से लेकर 164 तक में परिभाषित किया गया है) के खुलासे की आवश्यकता हो सकती है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि ऐसा कोई भी खुलासा भुगतान के उद्देश्य से होगा, जैसा कि HIPAA गोपनीयता कानून में परिभाषित किया गया है।

आवेदन करने वाले व्यक्ति या कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर

तारीख

आवेदन करने वाले व्यक्ति या कानूनी अभिभावक का मुद्रित नाम

अपने वित्तीय सहायता आवेदन पत्र के साथ आय का प्रमाण या समर्थन पत्र शामिल करना न भूलें।

भरा गया आवेदन पत्र यहाँ मेल करें:

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