

Podsumowanie polityki pomocy finansowej

W Yale New Haven Health rozumiemy, że niektórym pacjentom może być trudno opłacić rachunki za leczenie. Dlatego też oferujemy różne programy pomocy finansowej, które mogą w tym pomóc. Pacjenci muszą wypełnić wniosek o pomoc finansową i dostarczyć wymagane dokumenty w celu weryfikacji potrzeb finansowych.

Bezpłatna opieka

Pacjent może kwalifikować się do bezpłatnej opieki, jeżeli:

- Zarobki rodziny są maksymalnie 2½ raza wyższe od federalnego progu ubóstwa; oraz
- Wypełni wniosek o pomoc finansową

Opieka objęta zniżką

Pacjent może kwalifikować się do opieki objętej zniżką, jeżeli:

- Zarobki rodziny są maksymalnie 5½ raza wyższe od federalnego progu ubóstwa; oraz
- Jest nieubezpieczony; oraz
- Wypełni wniosek o pomoc finansową

Skala ruchoma

Pacjent może kwalifikować się do skali ruchomej, jeżeli:

- Zarobki rodziny są maksymalnie 5½ raza wyższe od federalnego progu ubóstwa; oraz
- Jest ubezpieczony; oraz
- Wypełni wniosek o pomoc finansową

Najczęściej zadawane pytania

Jakie są maksymalne poziomy dochodów, które kwalifikują się do programów?

Szczegółowe informacje na temat maksymalnych poziomów dochodów można znaleźć pod adresem www.ynhhs.org/financialassistance.

Czy trzeba spełnić jeszcze inne kryteria, aby otrzymać pomoc finansową?

Oprócz spełnienia wymogów dotyczących dochodów należy posiadać aktualne rachunki lub mieć wyznaczoną wizytę oraz być obywatelem lub mieszkańcem Stanów Zjednoczonych, aby kwalifikować się do programu.

Co obejmuje pomoc finansowa?

Nasze programy pomocy finansowej pokrywają koszty leczenia w nagłych wypadkach i innych świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia wyłącznie w przypadku rachunków wystawionych przez Yale New Haven Health. Link do spisu świadczeniodawców objętych programami można znaleźć pod adresem www.ynhhs.org/financialassistance.

Jak długo można się kwalifikować do programu?

Po zakwalifikowaniu się do programu bezpłatnej opieki, opieki objętej zniżką lub skali ruchomej uprawnienia pacjenta są ważne przez 12 miesięcy od daty zatwierdzenia wniosku.

Skąd mogę się dowiedzieć, czy mój wniosek został zatwierdzony?

Odpowiemy na każdy wniosek pisemnie. W razie odrzucenia wniosku można złożyć go ponownie w dowolnej chwili. Co roku udostępniane są dodatkowe fundusze na bezpłatne łóżka szpitalne.

Z kim mogę się kontaktować, jeżeli mam więcej pytań?

Aby dowiedzieć się więcej, otrzymać bezpłatny egzemplarz naszej polityki pomocy finansowej i wniosku lub uzyskać pomoc w wypełnieniu wniosku, należy skontaktować się z Działem Obsługi Finansowej i Przyjąć Pacjentów pod numerem telefonu 855-547-4584.

Dodatkowe informacje na temat programów Ograniczone fundusze na łóżka szpitalne

Ograniczone fundusze na łóżka szpitalne zostały przekazane w celu zapewnienia bezpłatnej opieki lub opieki objętej zniżką dla osób, które spełniają indywidualne kryteria funduszu. Pacjent może kwalifikować się do otrzymania środków w celu zmniejszenia lub całkowitego pokrycia rachunku, jeśli wykazał potrzebę finansową określoną przez fundatora i spełnia wszystkie kryteria uprawniające do otrzymania środków (każdy fundusz ma inne kryteria). Nie ma określonych limitów dochodu wymaganych do otrzymania finansowania z programu ograniczonych funduszy na łóżka szpitalne. Fundator ustala uprawnienia indywidualne na podstawie trudności finansowych pacjentów. Wszyscy pacjenci, którzy wypełnią wniosek o pomoc finansową YNHHS, zostaną automatycznie uwzględnieni w programie ograniczonych funduszy na łóżka szpitalne.

Program „Ja i moje dziecko” (“Me & My Baby”) szpitala Yale New Haven Hospital

Ten program jest dostępny dla pacjentów szpitala Yale New Haven Hospital. Zapewnia uprawnionym pacjentom bezpłatną opiekę prenatalną, a także do pewnego stopnia bezpłatną opiekę poporodową, pod warunkiem że:

1. Pacjent mieszka w hrabstwie New Haven.
2. Pacjent nie posiada żadnego ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Zarobki rodziny są maksymalnie 2½ raza wyższe od federalnego progu ubóstwa (zob. tabela maksymalnych dochodów).
4. Pacjent wypełnił wniosek w programie „Ja i moje dziecko”.

Aby uzyskać więcej informacji lub poprosić o wniosek o przystąpienie do programu „Ja i moje dziecko” szpitala Yale New Haven Hospital, należy zwrócić się do swojego świadczeniodawcy lub zadzwonić pod numer **203-688-2481**.

Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic zapewnia bezpłatną lub objętą zniżką opieką dla osób, które złożą wniosek o rejestrację w przychodni i zostaną do niej przyjęte. Jeśli pacjent nie posiada ubezpieczenia i nie kwalifikuje się do pomocy państwowej (Medicaid), może się zakwalifikować do pomocy, pod warunkiem że:

1. Pacjent mieszka w Greenwich.
2. Dochód rodziny jest maksymalnie 4 razy wyższy od federalnego progu ubóstwa.

Aby uzyskać więcej informacji lub otrzymać wniosek, należy zadzwonić pod numer **203-863-3334**.

Uwaga na temat programów

Pacjenci kwalifikujący się do pomocy finansowej nie zostaną obciążeni kwotą wyższą niż ta, którą zazwyczaj obciążani są pacjenci posiadający ubezpieczenie w razie nagłych wypadków lub innych świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia. Tłumaczenia naszej polityki pomocy finansowej, podsumowania polityki pomocy finansowej oraz wniosku są dostępne dla niektórych grup z ograniczoną znajomością języka angielskiego.

4. Ubezpieczenie zdrowotne:

Czy wnioskodawca jest objęty jakimkolwiek ubezpieczeniem zdrowotnym, w tym Medicare lub Medicaid, bądź ubezpieczeniem z innego kraju? TAK NIE

Jeśli **tak**, do wniosku należy dołączyć kopię obu stron karty ubezpieczenia lub wpisać wymagane dane poniżej:

Ubezpieczony:	Ubezpieczający:	Numer polisy:
Ubezpieczony:	Ubezpieczający:	Numer polisy:

5. Prosimy o uważne przeczytanie przed złożeniem podpisu:

Składając podpis poniżej, oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą.

- Rozumiem, że jakiegokolwiek nieprawidłowe, niekompletne lub fałszywe informacje zawarte w tym formularzu mogą spowodować odrzucenie mojego wniosku o pomoc finansową.
- Udzielam Yale New Haven Health zgody na weryfikację wszelkich informacji.
- Udzielam Yale New Haven Health zgody na weryfikację mojej zdolności kredytowej.
- Wyrażam zgodę na zwrot pełnej kwoty przyznanej mi pomocy finansowej, jeśli otrzymam jakąkolwiek zapłatę, w tym odszkodowanie przyznane przez sąd, za usługi objęte niniejszym wnioskiem.
- Wyrażam zgodę na informowanie Yale New Haven Health o wszelkich zmianach, które mogłyby zmienić moje uprawnienia do pomocy finansowej.
- Przyjmuję do wiadomości, że w związku z moim wnioskiem o pomoc finansową Yale New Haven Health może być zmuszony do ujawnienia chronionych informacji zdrowotnych (zgodnie z definicją tego terminu zawartą w zasadach ochrony prywatności HIPAA, 42 CFR część 160 do 164) na mój temat w celu ustalenia moich uprawnień.
- Przyjmuję do wiadomości, że każde takie ujawnienie będzie miało na celu dokonanie płatności, zgodnie z definicją zawartą w zasadach ochrony prywatności HIPAA.

Podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego

Data

Imię i nazwisko wnioskodawcy lub opiekuna prawnego drukowanymi literami

Należy pamiętać o dołączeniu zaświadczenia o dochodach lub pisma na temat wsparcia do wniosku o pomoc finansową.

Wypełniony wniosek przesłać na adres:

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