

## Resumo da política de assistência financeira

O Yale New Haven Health entende que pode ser difícil para alguns pacientes pagar suas contas médicas. É por isso que temos uma variedade de programas de assistência financeira projetados para ajudar. Os pacientes devem preencher uma solicitação de assistência financeira e fornecer os documentos solicitados para verificar a necessidade financeira.

### Atendimento gratuito

**Você pode estar qualificado(a) para tratamento gratuito se:**

- Sua família ganha menos que ou igual a 2½ vezes o Nível de pobreza federal dos EUA; e
- Você preencher uma solicitação de assistência financeira

### Atendimento com desconto

**Você pode estar qualificado(a) para tratamento com desconto se:**

- Sua família ganha menos que ou igual a 5½ vezes o Nível de pobreza federal dos EUA;
- Você não tem seguro; e
- Você preencher uma solicitação de assistência financeira

### Escala móvel

**Você pode estar qualificado(a) para escala móvel se:**

- Sua família ganha menos que ou igual a 5½ vezes o Nível de pobreza federal dos EUA;
- Você tem seguro; e
- Você preencher uma solicitação de assistência financeira

## Perguntas frequentes

### Quais são os níveis máximos de renda para se qualificar para os programas?

Para obter detalhes sobre os níveis máximos de renda de cada programa, acesse [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Existem outras qualificações para assistência financeira?

Além de atender às qualificações de renda, você deve ter contas atuais ou uma consulta agendada e ser um cidadão ou residente dos Estados Unidos para se qualificar.

### O que está coberto pela assistência financeira?

Nossos programas de assistência financeira cobrem emergências e outros cuidados médicos necessários apenas para contas de saúde do Yale New Haven. Um link para a lista de provedores cobertos pode ser encontrado em [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Por quanto tempo estarei qualificado(a)?

Assim que for aprovado para Atendimento gratuito, Atendimento com desconto ou Escala móvel, você terá direito a 12 meses a partir da data da solicitação aprovada.

### Como saberei se minha solicitação foi aprovada?

Responderemos a cada solicitação por escrito. Se sua solicitação for negada, você pode solicitar novamente a qualquer momento. Fundos adicionais para leitos grátis são disponibilizados todos os anos.

### Com quem posso entrar em contato se tiver outras perguntas?

Para saber mais, obtenha uma cópia gratuita de nossa Política de assistência financeira e solicitação ou, para obter ajuda no preenchimento de uma solicitação, entre em contato com os Patient Financial and Admitting Services pelo telefone 855-547-4584.

## Detalhes adicionais do programa

### Fundos para leitos restritos

Os fundos para leitos restritos foram doados para fornecer cuidados gratuitos ou com desconto a indivíduos que atendem aos critérios de fundos individuais. Você pode estar qualificado(a) para receber esses fundos para reduzir ou eliminar sua conta se tiver uma necessidade financeira comprovada, conforme determinado pelo nomeador de um fundo e atender a todos os critérios de elegibilidade para receber fundos (cada fundo tem critérios exclusivos). Não há limites de renda específicos para o recebimento de fundos para leitos restritos. A elegibilidade é determinada caso a caso pelos nomeadores do fundo com base nas dificuldades financeiras. Todos os pacientes que preencherem a solicitação de assistência financeira do YNHHS serão considerados automaticamente para os fundos de leitos restritos.

### Programa “Me & My Baby” do Yale New Haven Hospital

Este programa é aplicável aos pacientes do Yale New Haven Hospital. Oferece atendimento pré-natal e alguns cuidados pós-parto gratuitos para aqueles que se qualificam se:

1. Você mora no condado de New Haven.
2. Você não tem nenhum tipo de seguro saúde.
3. Sua família ganha menos que ou igual a 2½ vezes o Nível de pobreza federal dos EUA (veja a tabela de renda máxima).
4. Você preencher um formulário de solicitação do “Me & My Baby”.

Para obter mais informações ou para fazer uma solicitação para o Programa Me & My Baby do Hospital de Yale New Haven, pergunte ao seu provedor ou ligue para **203-688-2481**.

### Greenwich Hospital Outpatient Clinic

A Greenwich Hospital Outpatient Clinic oferece atendimento gratuito ou com desconto para indivíduos que se inscrevem e são aprovados para se tornarem membros da clínica. Se você não tem seguro e não está qualificado(a) para Assistência estadual (Medicaid), você pode estar qualificado(a) se:

1. Você é um residente de Greenwich
2. Você tem renda familiar menor que ou igual a 4 vezes o Nível de pobreza federal dos EUA.

Para obter mais informações ou para receber um formulário de inscrição, ligue para **203-863-3334**.

### Uma observação sobre os programas

Os pacientes qualificados para assistência financeira não serão cobrados mais do que o valor geralmente cobrado dos pacientes com seguro de emergência ou outros cuidados médicos necessários. Traduções de nossa Política de assistência financeira, Resumo da política de assistência financeira e Solicitação estão disponíveis para determinados grupos com proficiência limitada em inglês.





#### 4. Seguro de vida:

Você está coberto por alguma apólice de seguro saúde, incluindo Medicare ou Medicaid, ou cobertura de um país estrangeiro?

SIM  NÃO

Se **sim**, anexe uma cópia da frente e do verso do seu cartão de seguro a esta solicitação ou digite o seguinte:

Titular da apólice:	Seguradora:	Nº da apólice:
Titular da apólice:	Seguradora:	Nº da apólice:

#### 5. Leia atentamente antes de assinar:

Ao assinar abaixo, certifico que tudo o que declarei neste formulário e em todos os anexos é verdadeiro.

Eu entendo que qualquer informação incorreta, incompleta ou falsa neste formulário pode resultar na rejeição da minha solicitação de assistência financeira.

Dou permissão ao Yale New Haven Health para verificar toda e qualquer informação.

Dou permissão ao Yale New Haven Health para solicitar meu relatório de crédito.

Concordo em reembolsar o valor total da minha concessão de assistência financeira se receber pagamento de qualquer espécie, incluindo prêmios de uma ação judicial, pelos serviços cobertos por esta solicitação.

Eu concordo em informar ao Yale New Haven Health sobre quaisquer mudanças que possam mudar minha elegibilidade para assistência financeira.

Eu entendo que em conexão com a minha solicitação de assistência financeira, o Yale New Haven Health pode precisar divulgar informações de saúde protegidas (conforme o termo está definido na Regra de Privacidade da HIPAA, 42 CFR partes 160 a 164) sobre mim para determinar minha elegibilidade.

Eu entendo que tal divulgação será para fins de pagamento, conforme definido na Regra de Privacidade da HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) solicitante ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma do(a) solicitante ou responsável legal

**Lembre-se de incluir o comprovante de renda ou uma carta de apoio à solicitação de assistência financeira.**

**Envie as solicitações preenchidas por correio para:**

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