Mali Yardım Politikası Özeti

Yale New Haven Health, bazı hastaların kendi tıbbi masraflarını ödemeye güç yetirmekte zorlanabileceğini bilmektedir. Bu nedenle, yardımcı olmak için tasarlanmış çeşitli mali yardım programlarımız bulunmaktadır. Hastaların bir finansal yardım başvurusunda bulunmaları ve mali ihtiyacı teyit etmek için istenen belgeleri sağlamaları gerekmektedir.

Ücretsiz bakım

Aşağıdaki durumlarda ücretsiz bakım için hak sahibi olabilirsiniz:

- Aileniz Federal Yoksulluk Düzeyinin 2½ katına eşit düzeyde veya daha az kazanıyorsa; ve
- Mali yardım başvurusunda bulunursanız

İndirimli bakım

Aşağıdaki durumlarda indirimli bakım için hak sahibi olabilirsiniz:

- Aileniz Federal Yoksulluk Düzeyinin 5½ katına eşit düzeyde veya daha az kazanıyorsa; ve
- Sigortanız yoksa; ve
- Mali yardım başvurusunda bulunursanız

Değişken ölçek

Aşağıdaki durumlarda değişken ölçekli bakım için hak sahibi olabilirsiniz:

- Aileniz Federal Yoksulluk Düzeyinin 5½ katına eşit düzeyde veya daha az kazanıyorsa; ve
- Sigortanız varsa; ve
- Mali yardım başvurusunda bulunursanız

Sık Sorulan Sorular

Programlara hak kazanmak için maksimum gelir seviyeleri nelerdir?

Her bir programın maksimum gelir düzeyleriyle ilgili ayrıntılar için www.ynhhs.org/financialassistance adresini ziyaret ediniz.

Mali yardım için başka nitelikler gerekiyor mu?

Hak sahibi olmak için gelir niteliklerini karşılamanızın yanı sıra mevcut faturalarınızın veya planlanmış bir randevunuzun olması ve Amerika Birleşik Devletleri vatandaşı veya mukimi olmanız şarttır.

Mali yardım neleri kapsamaktadır?

Mali yardım programlarımız, yalnızca Yale New Haven Sağlık faturaları için acil ve tıbbi olarak gerekli diğer bakımları kapsamaktadır. Kapsam dahilindeki sağlayıcıların listesine giden bir link www.ynhhs.org/financialassistance adresinde mevcuttur.

Ne kadar süreyle hak sahibi olacağım?

Ücretsiz Bakım, İndirimli Bakım veya Değişken Ölçek için onaylanmanızın ardından, başvurunuzun onaylandığı tarihten itibaren 12 ay boyunca hak sahibi olacaksınız.

Başvurumun onaylanıp onaylanmadığını nasıl öğreneceğim?

Her başvuruya yazılı olarak yanıt veriyoruz. Başvurunuz reddedilirse, istediğiniz zaman yeniden başvurabilirsiniz. Her yıl ilave hastane yatağı fonları kullanıma sunulmaktadır.

Başka sorularım olursa nereye başvurabilirim?

Daha fazla bilgi edinmek, Mali Yardım Politikamızın ve başvuru formunun ücretsiz birer kopyasını edinmek veya başvuruyu doldurma konusunda yardım almak isterseniz 855-547-4584 numaralı telefon üzerinden Patient Financial and Admitting Services (Hasta Mali İşler ve Başvuru Hizmetleri) birimimize başvurunuz.

Ek Program Detayları

Kısıtlı hastane yatağı fonları

Bireysel fon kriterlerini karşılayan bireylere ücretsiz veya indirimli bakım sağlamak için kısıtlı hastane yatağı fonları bağışlanmıştır. Bir fonu tahsis eden tarafından kararlaştırılmış olan biçimde kanıtlanmış bir mali ihtiyaç içindeyseniz ve fon almak için tüm uygunluk kriterlerini karşılıyorsanız (her fonun kendine özgü kriterleri vardır) fatura tutarınızın düşürülmesi veya tamamen karşılanması için bu fonları almaya hak kazanabilirsiniz. Kısıtlı hastane yatağı fonlarının alınması için belirli bir gelir sınırı bulunmamaktadır. Hak sahipliği her bir durum bazında, içinde bulunulan mali zorluk esas alınarak fonları tahsis edenler tarafından belirlenmektedir. YNHHS mali yardım başvuru formunu dolduran tüm hastalar kısıtlı hastane yatağı fonları için otomatik olarak değerlendirilecektir.

Yale New Haven Hospital “Me & My Baby” (“Ben ve Bebeğim”) Programı.

Bu program Yale New Haven Hospital hastaları için geçerlidir. Program kapsamında, gereken nitelikleri taşıyanlara doğum öncesi ve bazı doğum sonrası bakımları aşağıdaki koşullarda ücretsiz olarak sağlanmaktadır:

1. New Haven County'de yaşıyorsanız.
2. Herhangi bir tür sağlık sigortanız yoksa.
3. Aileniz Federal Yoksulluk Düzeyinin 2½ katına eşit düzeyde veya daha az kazanıyorsa (maksimum gelir tablosuna bakınız).
4. Bir “Me & My Baby” başvuru formu doldurursanız.

Yale New Haven Hospital Me & My Baby Programı hakkında daha fazla bilgi edinmek veya bir başvuru talebinde bulunmak için lütfen hekiminize danışınız veya **203-688-2481** numaralı telefonu arayınız.

Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic (Poliklinik), klinik üyeliği için başvuran ve onaylanan kişilere ücretsiz veya indirimli bakım sağlamaktadır. Sigortanız yoksa ve Devlet Yardımına (Medicaid) hak sahibi değilseniz, aşağıdaki durumlarda uygun olabilirsiniz:

1. Greenwich'de ikamet ediyorsanız
2. Ailenizin geliri Federal Yoksulluk Düzeyinin 4 katına eşit düzeyde veya daha az ise.

Daha fazla bilgi edinmek veya bir başvuru formu edinmek için lütfen **203-863-3334** numaralı telefonu arayınız.

Programlar hakkında not

Mali yardıma hak sahibi olan hastalardan, acil veya tıbbi olarak gerekli diğer bakım sigortası olan hastalara genel olarak fatura edilen miktardan daha fazla ücret fatura edilmeyecektir. İngilizce dil yeterliliği kısıtlı olan belirli gruplar için Mali Yardım Politikamızın, Mali Yardım Politikası Özetimizin ve Başvuru Formunun tercümeleri mevcuttur.

Mali yardım için nasıl başvurabilirim?

Yale New Haven Health, mali yardım başvurusunu kolaylaştırmak için mali yardım programlarının çoğu için bir tek başvuru formu kullanmaktadır. Başvurmak için aşağıdaki adımları tamamlayınız.

1. Adım: Başvuruyu doldurun.
Lütfen tüm soruları cevaplayın ve başvuru formunu imzalayıp tarih atın. Herhangi bir soru ailenizi ilgilendirmiyorsa, lütfen ayrılmış olan boşluğa "N/A" (ilgisiz) yazın.

2. Adım: Gelirinizi kanıtlayan belgeyi başvurunuza ekleyin. Gelirinizi kanıtlayan belge, başvuruyu doldurduğunuz esnada ailenizin ne kadar gelir elde ettiğini gösteren bir belgedir. Kullanılabilecek belge türleri için sağdaki tabloyu inceleyin.

3. Adım: Başvuruyu postayla gönderin veya şahsen ziyaretimize gelin.
Lütfen şunları ekleyin:

1. Doldurulmuş, imzalanmış ve tarih atılmış başvuru formu
2. Gelirinizi kanıtlayan belge

Postayla:

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

Şahsen:

Aşağıdaki merkezlerimizden herhangi birinde bizi ziyaret edin:

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

Daha fazla bilgi edinmek, Mali Yardım Politikamızın ücretsiz bir kopyasını edinmek veya başvuru formunu doldurma konusunda yardım almak için

Telefonla:
855-547-4584
P-C 7:30öö – 5:00ös

Online:
www.ynhhs.org/financialassistance

Aşağıdaki belgeler gelir kanıtı olarak kullanılabilir:

Ailenizin gelirinin kaynağı aşağıdaki ise …	**Gelir kanıtı olarak bu belgelerin kopyalarını ekleyebilirsiniz:** (Bu belgelerin, daha eski olabilecek en son Federal Vergi Beyannamesi hariç olmak üzere altı aydan eski olmaması şarttır.)
Ücretler (Bir iş için maaş veya saat başına ücret alıyorsanız)	– Son iki (2) maaş bordrosu veya ödeme makbuzu **VEYA** – İşvereninizden alacağınız ve şirketin antetli kağıdı üzerinde, kaç saat çalıştığınızı ve saatte ne kadar kazandığınızı (vergiler hariç) belirten bir mektup
Serbest meslek geliri (Kendiniz için çalışıyorsanız)	– En son Federal Gelir Vergisi Beyannamesi (tarafınızca imzalanmış olması şarttır)
Sosyal Yardım ve Gelirler (Sosyal Güvenlik, Gazilik, İşçilik Tazminatı, İşsizlik Maaşı, Emekli Maaşları, Emekli sandığı gelirleri, SSI, nafaka)	– En yakın tarihli benefits award letter (sosyal yardım tahsisat mektubu) **VEYA** – Benefits Statement (Sosyal Yardım ve Gelirler Beyanı) **VEYA** – Maaş bordroları veya ödeme makbuzları
Kira Geliri	– Kira tutarını gösteren kira sözleşmesi veya yazılı anlaşmanın fotokopisi **VEYA** – Yılda aldığınız kira miktarını gösteren, tarafınızca yazılmış bir mektup
Faiz, Temettü veya Yıllık Ödeme Gelirleri	– En son Federal Gelir Vergisi Beyannamesi **VEYA** – Ödemelerin tutarı ve sıklığı ile bu yılın başından bugüne kadar ödenen tutarı belirten ve finans kuruluşundan alınacak döküm
Hiç geliriniz yoksa	– Size destek olan kişinin yazacağı bir mektup **VEYA** – Sizi destekleyen hiç kimse yoksa, mevcut mali durumunuzu açıklayan bir mektup yazıp imzalayarak ve tarih atarak gönderin

Mali Yardım Programlarına Başvuru

Yale New Haven Health mali yardım programlarının çoğu için bir tek başvuru formu kullanmaktadır. Bu başvuru formunu doldurduğunuzda Ücretsiz Bakım, İndirimli Bakım, Değişken Ölçekli bakım ve Hastane Yatağı Fonu programlarımız için değerlendirmeye alınacaksınız. Mali yardıma nasıl başvuracağınıza ilişkin açıklamalar için lütfen 2. sayfaya bakın. Bu başvuruyla ilgili herhangi bir sorunuz olursa, 855-547-4584 numaralı telefondan bizi arayın.

Yale NewHaven Health

1. Hasta Bilgileri:

Soyadı _____ Adı _____

Açık Adresi _____ Doğum Tarihi _____

Şehir _____ Eyalet _____ Posta Kodu _____ Telefon Numarası _____

Tıbbi Kayıt Numarası (MRN, varsa) _____

2. Aileyle İlgili Bilgiler:

Aynı evde yaşadığınız eşiniz ve/veya bakmakla yükümlü olduğunuz bütün çocuklar ile ilgili bilgileri sıralayın. Evli olunmayan partnerleri dahil etmeyin. Daha fazla alan gerekiyorsa, lütfen ayrı bir belge ekleyin.

Aile mensubunun adı-soyadı	Başvuru sahibine yakınlık derecesi	Doğum Tarihi

3. Gelir Bilgileri:

Sizin ve eşinizin tüm gelir kaynaklarıyla ilgili bilgileri ekleyin. Sizin ve eşinizin gelir bilgilerinizin belirtilmesi şarttır. Gelir kaynakları şunları içerebilir ancak bunlarla sınırlı değildir: ücretler/maaş, nafaka, sosyal güvenlik, işsizlik, kira geliri, işçi tazminatı ve çocuk desteği. Hiç geliriniz yoksa başvurunuzu destekleyecek bir mektup ekleyin. (2. Sayfadaki açıklamalara bakın)

Aile mensubunun adı-soyadı	Gelir kaynağı	Vergi öncesi kazanılan tutar	İşsiz / Geliri Yok
		$_____ ☐ Haftalık ☐ İki haftalık ☐ Aylık	☐
		$_____ ☐ Haftalık ☐ İki haftalık ☐ Aylık	☐
		$_____ ☐ Haftalık ☐ İki haftalık ☐ Aylık	☐

4. Sağlık Sigortası:

Medicare veya Medicaid dahil olmak üzere herhangi bir sağlık sigortası poliçesi veya yabancı bir ülkenin sigortası kapsamında mısınız? ☐ EVET ☐ HAYIR

Cevabınız **evet** ise lütfen sigorta kartınızın ön ve arka yüzünün birer kopyasını bu başvuruya ekleyin veya aşağıdaki bilgileri girin:

Poliçe Sahibi:	**Sigorta Şirketi:**	**Poliçe No.:**
Poliçe Sahibi:	**Sigorta Şirketi:**	**Poliçe No.:**

5. İmzalamadan önce lütfen dikkatle okuyunuz:

Aşağıya imza atarak, bu başvuru formunda ve olası bütün eklerinde belirttiğim her şeyin doğru olduğunu onaylıyorum.

- Bu formda yer alan herhangi bir gerçek dışı, eksik veya yanlış bilginin mali yardım başvurumun reddedilmesine neden olabileceğini anlıyorum.
- Yale New Haven Health'e her türlü ve bütün bilgileri doğrulama izni veriyorum.
- Yale New Haven Health'e kredi raporumu talep etme izni veriyorum.
- Bu başvuru kapsamındaki hizmetler için bir dava sonucu elde edilen kazançlar da dahil olmak üzere herhangi bir tür ödeme alırsam bana tahsis edilen mali yardım tamamını geri ödemeyi kabul ediyorum.
- Mali yardım için hak sahipliğimi değiştirebilecek herhangi bir değişiklik hakkında Yale New Haven Health'i bilgilendirmeyi kabul ediyorum.
- Mali yardım başvurumla bağlantılı olarak Yale New Haven Health'in, hak sahipliğimi belirlemek için Korunan Sağlık Bilgilerini (Protected Health Information) (bu terimin HIPAA Privacy Rule (HIPAA Mahremiyet Kuralı), 42 CFR Bölüm 160 ila 164'te tanımlandığı gibi) ifşa etmesi gerekebileceğini anlıyorum.
- Bu tür herhangi bir ifşanın HIPAA Gizlilik Kuralında tanımlandığı gibi ödeme amaçlı olacağını anlıyorum.

_____ _____

Başvuran kişinin veya yasal vasisinin imzası Tarih

_____

Başvuran kişinin veya yasal vasisinin büyük harflerle adı-soyadı

Mali yardım başvurunuza gelirinizi kanıtlayan belgeyi veya destek mektubu eklemeyi unutmayın.

Doldurduğunuz başvuruları aşağıdaki adrese postayla gönderin:

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