

Përmbledhje në gjuhë të thjeshtë e politikës së asistencës

Yale New Haven Health (YNHHS) ofron asistencë financiare për urgjencat dhe/ose kujdesin e nevojshëm mjekësor për pacientët e pasiguruar dhe të nënsiguruar të cilët përmbushin kriteret e mëposhtme:

Nëse jetoni në Shtetet e Bashkuara dhe jeni (a) të pasiguruar dhe nuk kualifikoheni për asnjë program shtetëror të përfitimit të kujdesit shëndetësor ose një plan të kualifikuar shëndetësor të disponueshëm përmes Ligjit për Kujdes të Përballueshëm ose (b) të nënsiguruar:

Kujdes falas

Mund të kualifikoheni për një zbritje të plotë (100%) nga shuma që detyroheni nëse:

- Familja juaj fiton një shumë më të vogël ose të barabartë me 250% të Nivelit Federal të Varfërisë.

Kujdes me zbritje

Mund të kualifikoheni për një zbritje të pjesshme nga shuma që detyroheni nëse:

- Familja juaj fiton një shumë më të vogël ose të barabartë me 550% të Nivelit Federal të Varfërisë.

Persona në nevojë pa sigurime shëndetësore

Në konsideratë për asistencë mjekësore mund të merren edhe pacientët që nuk plotësojnë kriteret, por faturat mjekësore të të cilëve tejkalojnë një përqindje të caktuar të të ardhurave apo asetëve të familjes.

Pyetje të shpeshta

Cilat janë nivelet maksimale të të ardhurave për t'u kualifikuar për programet?

Për detajet mbi nivelet maksimale të të ardhurave për secilin program, vizitoni www.ynhhs.org/financialassistance.

A ka kualifikime të tjera për asistencë financiare?

Për t'u kualifikuar, duhet të bashkëpunoni për plotësimin e aplikimit për asistencë financiare dhe aplikimin për Medicaid ose programet e tjera të pagesave të palëve të treta, që mund të jenë të disponueshme.

Çfarë mbulon asistencë financiare?

Programet tona të asistencës financiare mbulojnë emergjencat dhe shërbime të tjera të nevojshme të kujdesit mjekësor vetëm për faturat e Yale New Haven Health. Lidhja me listën e ofruesve të mbuluar gjendet në adresën www.ynhhs.org/financialassistance.

Si do të informohem nëse aplikimi im është miratuar?

Ne do të kthejmë përgjigje me shkrim për çdo aplikim. Nëse aplikimi juaj refuzohet, ju mund të aplikoni përsëri në çdo kohë. Çdo vit vendosen në dispozicion fonde shtesë për shtretër spitalorë.

Mënyra e aplikimit dhe ku mund të merren kopjet

Për të aplikuar, merrni një aplikim, plotësoni informacionin e kërkuar dhe dorëzoni aplikimin në një nga zyrat tona të asistencës financiare që gjenden më poshtë.

Mund të aksesoni një kopje pa pagesë të aplikimit, politikës së asistencës financiare dhe kësaj përmbledhjeje në gjuhë të thjeshtë në adresën www.ynhhs.org/financialassistance ose në çdo faqe interneti të spitalit YNHHS, me postë, duke telefonuar Shërbimet Financiare dhe të Regjistrimit për Pacientët (Financial and Admitting Services) në numrin 855-547-4584 ose fizikisht në zyrat e regjistrimit, duke përfshirë departamentet e urgjencës, në të gjitha ambientet e spitaleve tona.

Disponueshmëria e shërbimeve të përkthimit

Për disa grupe me njohje të kufizuar të anglishtes, përkthimet e politikës së asistencës financiare, aplikimit për asistencë financiare dhe kësaj përmbledhjeje në gjuhë të thjeshtë të politikës së asistencës financiare janë të disponueshme në faqen e internetit www.ynhhs.org/financialassistance dhe në spitalet në vendndodhjet e renditura më poshtë.

Kë mund të kontaktoj nëse kam pyetje të tjera?

Për të mësuar më shumë ose për ndihmë në plotësimin e një aplikimi, kontaktoni Shërbimet Financiare dhe të Regjistrimit për Pacientët (Financial and Admitting Services) në numrin **855-547-4584**.

Detaje shtesë të programit

Fonde për shtretër spitalorë

Një pacient mund të kualifikohet për të marrë asistencë financiare nga fondet për shtretër spitalorë, të cilat janë fonde që i janë dhuruar një spitali Yale New Haven Health për t'u ofruar kujdes mjekësor pacientëve që mund të mos jenë në gjendje të përballojnë shpenzimet e kujdesit spitalor. Këto fonde përbëjnë një pjesë të vogël të fondeve të përgjithshme për asistencë financiare me kualifikim, duke marrë në konsideratë kufizimet e dhuruesit dhe, sipas rastit, propozimet e bëra nga propozuesit e fondit. Të gjithë pacientët që plotësojnë aplikimin për asistencë financiare do të merren automatikisht në konsideratë për fonde për shtretër spitalor.

Kufizimi i tarifave

Pacientët që kualifikohen për asistencë financiare nuk do të faturohen më shumë se "shuma e faturuar e përgjithshme" për pacientët e siguruar për emergjencë apo për shërbime të tjera të nevojshme të kujdesit mjekësor.

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

Si mund të aplikoj për asistencë financiare?

Për ta bërë më të lehtë aplikimin për asistencë financiare, Yale New Haven Health përdor një formular aplikimi për programin e tij të asistencës financiare. Për të aplikuar, përfundoni hapat më poshtë.

Hapi 1: Plotësoni aplikimin.

Ju lutemi përgjigjuni të gjitha pyetjeve dhe nënshkruani dhe vendosni datën në aplikim. Nëse ndonjë nga pyetjet nuk është e vlefshme për familjen tuaj, ju lutemi shkruani "NA" (nuk është e vlefshme) në hapësirën e dhënë.

Hapi 2: Bashkëngjitni dëshmi të të ardhurave në aplikimin tuaj. Dëshmia e të ardhurave është një dokument që dëshmon sa të ardhura fiton familja juaj në kohën e plotësimit të aplikimit. Shihni tabelën në të djathtë për llojet e dokumenteve që mund të përdoren.

Hapi 3: Dërgojeni aplikimin me postë ose na vizitoni personalisht.

Ju lutemi të përfshini:

1. Aplikimin e plotësuar të nënshkruar dhe me datë
2. Dëshminë e të ardhurave

Me postë:

Yale New Haven Health
SBO, Në vëmendje të: Financial
Assistance PO BOX 1403
New Haven, CT 06505

Me faks: 203-688-1640

Fizikisht:

Na vizitoni në çdonjërin prej vendndodhjeve tona më poshtë:

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

Për më shumë informacion, për të marrë një kopje pa pagesë të Politikës sonë të Asistencës Financiare, ose nëse keni nevojë për ndihmë për plotësimin e formularit të aplikimit.



Me telefon:

855-547-4584
Nga e hëna në të
premtë, 07:30-17:00



Online:

www.ynhhs.org/financialassistance

Dokumentet e mëposhtme mund të përdoren si dëshmi e të ardhurave:

<p>Nëse të ardhurat e familjes suaj janë nga ...</p>	<p>Ju mund të bashkëngjitni kopje të këtyre dokumenteve si dëshmi të të ardhurave: (Këto dokumente duhet të jenë lëshuar brenda gjashtë muajve, përveç deklaratës suaj me të fundit tatimore federale, e cila mund të jetë lëshuar më parë.)</p>
<p>Pagat (Nëse përfitoni një rrogë ose paguheni me orë për një punë)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dy (2) nga listë pagesat me të fundit që detajojnë pagën, OSE <input type="checkbox"/> Një letër zyrtare nga punëdhënësi juaj ku deklarohen orët e punës dhe pagesa juaj për orë pune (përpara taksave)
<p>Të ardhura nga vetëpunësimi (Nëse jeni të vetëpunësuar)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deklarata tatimore federale më e fundit e të ardhurave
<p>Përfitimet (Sigurimet shoqërore, përfitimet e kompensimit si veteran ose punonjës, Pagesë papunësie, Pensione, Fonde për Dalje në Pension, Të Ardhura të Sigurimit Suplementar (Supplemental Security Income, SSI), ndihmë ushqimore)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Letrën më të fundit të pagesës së përfitimëve, OSE <input type="checkbox"/> Deklaratën e Përfitimëve, OSE <input type="checkbox"/> Fletëpagesat e çeqeve
<p>Të ardhura nga qiraja</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kopje e kontratës së qirasë ose marrëveshjes me shkrim ku dëshmohet shuma e qirasë, OSE <input type="checkbox"/> Një letër të shkruar nga ju ku dëshmohet shuma e qirasë vjetore që përfitoni
<p>Interesa, Dividendë ose Pagesa për Pensione Vjetore</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deklarata tatimore federale më e fundit e të Ardhurave, OSE <input type="checkbox"/> Deklaratë nga institucioni financiar ku deklarohet shuma dhe frekuenca e pagesave dhe shuma e paguar këtë vit deri në datën aktuale
<p>Nëse nuk keni të ardhura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Një letër nga personi që ju mbështet, OSE <input type="checkbox"/> Nëse nuk keni një person që ju mbështet, dërgoni një letër me firmë dhe me datë ku të jepni shpjegime për situatën tuaj financiare

Aplikimi për programet e asistencës financiare

Yale New Haven Health përdor një formular aplikimi për shumicën e programeve të asistencës financiare. Duke plotësuar këtë aplikim, ju do të merreni në konsideratë për programet tona të Kujdesit falas (Free Care) dhe Kujdesit me zbritje (Discounted Care) dhe fondeve për shtretër spitalorë. Për udhëzime se si të aplikoni për asistencë financiare, ju lutemi referojuni faqes 2. Nëse keni ndonjë pyetje rreth këtij aplikimi, na telefononi në

numri



1. Informacioni i pacientit:

Mbiemri	Emri	Datëlindja
Adresa		Numri i telefonit
Qyteti	Shteti	Kodi postar
		Numri i të dhënave mjekësore (nëse ka)

n 855-547-4584.

2. Informacione për familjen:

Rendisni bashkëshortin tuaj dhe/ose fëmijët nën varësinë tuaj që jetojnë me ju. Mos përfshini partnerët pa celebrim. Nëse keni nevojë për më shumë hapësirë, ju lutemi bashkëngjitni një dokument shtesë.

Emri i pjesëtarit të familjes	Marrëdhënia me aplikantin	Datëlindja

3. Informacioni financiar:

Përfshini informacione për të gjitha burimet e të ardhurave tuaja dhe të bashkëshortit tuaj. Mos harroni të bashkëngjitni dëshminë e të ardhurave në aplikimin tuaj. Dëshmia e të ardhurave është një dokument që dëshmon sa të ardhura fiton familja juaj në kohën e plotësimit të aplikimit. Referojuni tabelës në faqen 2 për llojet e dokumenteve që mund të përdoren si dëshmi e të ardhurave.

Të ardhurat	Pacienti Vendosni shumën Qarkoni: Javore, Çdo dy javë, Mujore	Bashkëshorti/ja Vendosni shumën Qarkoni: Javore, Çdo dy javë, Mujore
Pagat/ fitimet bruto (para taksave)		
Mbështetje nga një individ tjetër		
Mbështetje financiare për fëmijën/ Detyrim ushqimor të përfituara		
Përfitime për aftësinë e kufizuar		
Përfitime të pensionit		
Të ardhura të përfituara nga qiraja		
Fitime nga vetëpunësimi ose ferma		
Përfitime të sigurimeve shoqërore/ SSI		
Fonde mirëbesimi/ Trashëgimi		
Përfitime nga papunësia		
Përfitime për status punëtori		
TË ARDHURAT TOTALE		
TJETËR		
Asetet likuide (asete që mund të shkëmbehen për para në një kohë të shkurtër, pa humbur vlerë. Për shembull, para në dorë, flori ose letra me vlerë)		

4. Sigurimi Shëndetësor:

A jeni të mbuluar me ndonjë politikë të sigurimit shëndetësor, duke përfshirë "Medicare" ose "Medicaid", ose mbulim nga ndonjë vend tjetër? PO JO

Nëse po, vendosni më poshtë informacionin tuaj të sigurimeve:

Titullari i policës:	Siguruesi:	Nr. i policës:
Titullari i policës:	Siguruesi:	Nr. i policës:

- 4a. A sponsorizon punëdhënësi juaj një fond për llogari të kursimeve shëndetësore (Health Saving Account, HSA) për t'ju ndihmuar të paguani shpenzimet tuaja mjekësore? PO JO

5. Ju lutemi lexoni me kujdes përpara se të nënshkruani:

Duke nënshkruar më poshtë, unë vërtetoj se çdo informacion që kam deklaruar në këtë formular aplikimi dhe në çdo dokument të bashkëngjitur, është i vërtetë.

- Unë e kuptoj se çdo informacion i pasaktë, i paplotë ose i rremë në këtë formular mund të sjellë refuzimin e aplikimit tim për asistencë financiare.
- Unë i jap Yale New Haven Health pëlqimin tim për të verifikuar të gjitha informacionet.
- Unë i jap Yale New Haven Health pëlqimin tim për të kërkuar raportin tim të kreditit.
- Unë pranoj të shlyej shumën e plotë të përfitimit tim të asistencës financiare nëse marr ndonjë pagesë të çdo lloji, duke përfshirë edhe përfitimet nga ndonjë padi, për shërbimet e mbuluara në këtë aplikim.
- Unë pranoj të informoj Yale New Haven Health për çdo ndryshim që mund të ndryshojë kualifikueshmërinë time për asistencë financiare.
- Unë e kuptoj se në lidhje me aplikimin tim për asistencë financiare, Yale New Haven Health mund të duhet të zbulojë Informacione Shëndetësore të Mbrojtura (sipas përkufizimit në Rregulloren e Privatësisë të Aktit të Transferueshmërisë dhe Llogaridhënies së Sigurimit Shëndetësor (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 42 Kodi i Rregulloreve Federale (Code of Federal Regulations, CFR) Pjesët nga 160 deri në 164) për mua, me qëllim që të vendosë për kualifikimin tim.
- Unë e kuptoj se çdo zbulim i tillë i informacionit do të jetë për qëllime pagese, siç përcaktohet në Rregulloren e Privatësisë së HIPAA.

Nënshkrimi i aplikantit ose kujdestarit ligjor

Data (MM/DD/YYYY)

Emri me germa shtypi i aplikantit ose kujdestarit ligjor

Mos harroni të përfshini dëshminë e të ardhurave ose një letër mbështetëse në formularin tuaj të aplikimit për asistencë financiare.

Dërgoni me postë formularin e plotësuar të aplikimit në:

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