

ملخص سياسة المساعدة المالية بلغة واضحة

يقدم Yale New Haven Health (YNHHS) المساعدة المالية للمرضى غير المؤمن عليهم والمؤمن عليهم بشكل غير كافٍ، الذين يحتاجون إلى الرعاية الطارئة و/أو الرعاية الطبية الضرورية ويستوفون المعايير التالية:

إذا كنت تعيش في الولايات المتحدة وكنت (أ) بلا تأمين وغير مؤهل للاستفادة من أي مخصصات رعاية صحية يقدمها برنامج حكومي أو خطة صحية مؤهلة متاحة من خلال قانون الرعاية ميسورة التكلفة أو (ب) مؤمن عليك بشكل غير كافٍ:

الرعاية المجانية

قد تكون مؤهلاً للحصول على خصم كامل (100%) من المبلغ الذي تدین به إذا:
□ كان دخل أسرتك أقل من 250% من مستوى الفقر الفيدرالي أو مساوياً له.

الرعاية مخفضة التكلفة

قد تكون مؤهلاً للحصول على خصم جزئي من المبلغ الذي تدین به إذا:
□ كان دخل أسرتك أقل من 550% من مستوى الفقر الفيدرالي أو مساوياً له.

المعوزون طبيًا

قد يُنظر أيضًا في تقديم المساعدة المالية للمرضى الذين لا يستوفون معايير الدخل المذكورة أعلاه على أساس كل حالة على حدة، ولكن فواتيرهم الطبية تتجاوز نسبة مئوية معينة من دخل الأسرة أو أصولها.

الأسئلة الشائعة

ما هي مستويات الدخل القصى للتأهل للبرامج؟

للحصول على تفاصيل حول مستويات الدخل القصى لكل برنامج، تفضل بزيارة www.ynhhs.org/financialassistance.

هل هناك مؤهلات أخرى لتلقي المساعدة المالية؟

لتصبح مؤهلاً، يجب أن تتعاون في استكمال طلب المساعدة المالية والتقدم بطلب إلى برنامج Medicaid أو أي برامج دفع تابعة لجهات خارجية قد تكون متاحة.

ما الذي تغطيه المساعدة المالية؟

تغطي برامج المساعدة المالية لدينا تكاليف الرعاية الطارئة وغيرها من الرعاية الطبية الضرورية المدرجة في فواتير Yale New Haven Health فقط. يمكن العثور على رابط بقائمة مقدمي الخدمات المشمولين على www.ynhhs.org/financialassistance.

كيف سأعرف إذا تمت الموافقة على طلبي؟

سنرد على كل طلب كتابةً. إذا رُفض طلبك، فيمكنك إعادة التقديم في أي وقت. تتوفر أموال إضافية لأسرة المستشفى كل عام.

كيفية تقديم الطلب وأين يمكنك الحصول على نسخ

لتقديم طلب، عليك الحصول على طلب، واستكمال المعلومات المطلوبة وإعادة الطلب إلى أحد مكاتب المساعدة المالية الموجودة أدناه.

يمكنك الحصول على نسخة مجانية من الطلب ومستند "Financial Assistance Policy" ومستند "Plain Language Summary" هذا على الموقع الإلكتروني www.ynhhs.org/financialassistance أو أي من المواقع الإلكترونية لمستشفى YNHHS، أو عن طريق البريد بالاتصال بقسم الخدمات المالية وخدمات قبول المرضى (Patient Financial and Admitting Services) على الرقم 855-547-458، أو بالحضور شخصياً إلى مناطق التسجيل، بما في ذلك أقسام الطوارئ في جميع منشآت المستشفى.

توفر خدمات الترجمة

تتوفر ترجمات لمستند "Financial Assistance Policy" ومستند "Financial Assistance Application" ومستند "Financial Assistance Policy Plain Language Summary" هذا لبعض المجموعات ذات الإجابة المحدودة للغة الإنجليزية على الموقع الإلكتروني www.ynhhs.org/financialassistance وفي مواقع المستشفى المذكورة أدناه.

مع من يمكنني التواصل إذا كانت لدي أسئلة إضافية؟

لمعرفة المزيد أو لتلقي المساعدة في استكمال الطلب، اتصل بقسم الخدمات المالية وخدمات قبول المرضى على الرقم 855-547-458.

تفاصيل البرنامج الإضافية

صندوق تمويل الأسرة بالمستشفى

قد يكون المريض مؤهلاً لتلقي المساعدة المالية من صندوق تمويل الأسرة المتبرع بها إلى مستشفى Yale New Haven Health لتوفير الرعاية الطبية للمرضى الذين قد لا يستطيعون تحمل تكاليف الرعاية في المستشفى. تشكل صناديق التمويل هذه جزءاً صغيراً من التمويل الإجمالي للمساعدة المالية، وتحدد أهلية الحصول عليها وفقاً للقيود التي يفرضها المتبرعون، وإن أمكن، ترشحات الأشخاص المعنيين بترشيح كيفية تقديم التمويل. سيُنظر في طلبات جميع المرضى الذين يقومون بملء طلب الحصول على المساعدة المالية تلقائياً ليحصلوا على صندوق تمويل الأسرة بالمستشفى.

القيود على الرسوم

لن تُفرض رسوم على المرضى المؤهلين للحصول على مساعدة مالية أكثر من "المبلغ المفروض عموماً" على المرضى الذين لديهم تأمين لحالات الطوارئ أو أي رعاية طبية ضرورية أخرى.

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

Greenwich Hospital

5 Perryridge Road, Greenwich, CT

Lawrence + Memorial Hospital

365 Montauk Avenue, New London, CT

Bridgeport Hospital

267 Grant Street, Bridgeport, CT

Bridgeport Hospital – Milford Campus

300 Seaside Ave, Milford, CT

يمكن استخدام المستندات التالية باعتبارها من إثباتات الدخل:

<p>يمكنك إرفاق نسخ من هذه المستندات باعتبارها إثباتاً للدخل: (يجب ألا تكون هذه المستندات أقدم من ستة أشهر، باستثناء أحدث إقراراتك الضريبية الفيدرالية، الذي قد يكون أقدم من ذلك.)</p>	<p>إذا كان دخل أسرتك من ...</p>
<p>□ اثتان (2) من أحدث كعوب الدفع، أو خطاب من صاحب عملك على ترويسة الشركة يوضح عدد ساعات عملك ومقدار دخلك في الساعة (قبل اقتطاع الضرائب)</p>	<p>الأجور □ إذا كنت تتلقى راتبًا أو تتقاضى أجرًا بالساعة مقابل وظيفة (نفسك)</p>
<p>□ أحدث إقرار لضريبة الدخل الفيدرالية</p>	<p>دخل العمل الحر □ إذا كنت تعمل لحساب نفسك</p>
<p>□ أحدث خطاب لمنح المخصصات، أو بيان المخصصات، أو كعوب الدفع</p>	<p>المخصصات (الضمان الاجتماعي، المحاربون القدامى، تعويضات العمال، البطالة، المعاشات التقاعدية، صناديق التقاعد، دخل الضمان التكميلي Supplemental Security Income, SSI) (النفقة الزوجية)</p>
<p>□ نسخة من عقد الإيجار أو اتفاقية مكتوبة توضح مبلغ الإيجار، أو خطاب كتابي منك يوضح مبلغ الإيجار الذي تتلقاه سنويًا</p>	<p>الدخل الإيجاري</p>
<p>□ أحدث إقرار لضريبة الدخل الفيدرالية، أو بيان من مؤسسة مالية يوضح مقدار المدفوعات ومعدل تكرارها والمبلغ المدفوع هذا العام حتى الآن</p>	<p>الفوائد أو توزيعات الأرباح أو المدفوعات السنوية</p>
<p>□ خطاب من الشخص الذي يعيلك، أو إذا لم يكن لديك شخص يعيلك، فأرسل خطابًا موقعا ومؤرخًا يشرح وضعك المالي الحالي</p>	<p>إذا لم يكن لديك دخل</p>

كيف أتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية؟

لتهيئ التقديم للحصول على المساعدة المالية، يستخدم Yale New Haven Health طلبًا موحدًا لبرنامج المساعدة المالية الذي يقدمه. وللتقديم، أكمل الخطوات أدناه.

الخطوة 1: أكمل الطلب.

الرجاء الإجابة عن جميع الأسئلة والتوقيع على الطلب وتاريخه. إذا كان أحد الأسئلة لا ينطبق على أسرتك، يرجى كتابة "لا ينطبق" في المساحة المتوفرة.


الخطوة 2: أرفق إثباتاً للدخل بطلبك. إثبات الدخل هو مستند يوضح مقدار الدخل الذي تكسبه أسرتك في الوقت الذي تملأ فيه الطلب. راجع الجدول الموجود على اليسار لمعرفة أنواع المستندات التي يمكن استخدامها.

الخطوة 3: أرسل الطلب بالبريد أو تفضل بزيارتنا شخصيًا. يرجى إرفاق:

1. الطلب المكتمل الموقع والمؤرخ
2. إثبات الدخل

بالبريد: 

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

عبر الفاكس: 203-688-1640 

بالحضور شخصيًا: 

تفضل بزيارة أي من مواقعنا أدناه:

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

تواصل معنا لمعرفة المزيد من المعلومات، أو للحصول على نسخة مجانية من سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا، أو للمساعدة في إكمال الطلب.



عبر الهاتف:

855-547-4584

من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 7:30 صباحًا حتى 5 مساءً

عبر الإنترنت:

www.ynhhs.org/financialassistance

طلب الحصول على مخصصات برامج المساعدة المالية

يستخدم Yale New Haven Health طلبًا موحدًا لمعظم برامج المساعدة المالية. من خلال إكمال هذا الطلب، سيُنظر في أهليتك لبرامج الرعاية المجانية والرعاية مخفضة التكلفة وصناديق تمويل الأسرة بالمستشفى. للحصول على إرشادات حول كيفية التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية، يرجى الرجوع إلى الصفحة 2. إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، فاتصل بنا على الرقم **855-547-4584**.

1. معلومات المريض:

اسم العائلة	الاسم الأول	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع	رقم الهاتف	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
		رقم السجل الطبي (إن وجد)

2. **معلومات الأسرة:** يرجى ذكر اسم الزوج (الزوجة) و/أو أي أطفال مُعالين يقيمون في منزلك. لا تذكر أسماء الشركاء في حالة عدم الزواج. إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يرجى إرفاق مستند منفصل.

اسم فرد الأسرة	العلاقة بمقدم الطلب	تاريخ الميلاد

3. **المعلومات المالية:** قم بتضمين معلومات عن جميع مصادر الدخل بالنسبة لك ولزوجك/زوجتك. يرجى تذكر إرفاق إثبات الدخل مع طلبك. إثبات الدخل هو مستند يوضح مقدار الدخل الذي تكسبه أسرته في الوقت الذي تملأ فيه الطلب. راجع الجدول الوارد في الصفحة 2 للاطلاع على أنواع المستندات التي يمكن استخدامها لإثبات الدخل.

الدخل	المريض	الزوج/الزوجة
إجمالي الأجر/المكاسب (قبل اقتطاع الضرائب)	أدخل المبلغ ضع دائرة على أي من التالي: أسبوعي، كل أسبوعين، شهري	أدخل المبلغ ضع دائرة على أي من التالي: أسبوعي، كل أسبوعين، شهري
الإعالة من شخص آخر		
إعالة الطفل/النفقة الزوجية المستلمة		
مخصصات الإعاقة		
مخصصات المعاشات التقاعدية		
الدخل الإيجاري المستلم		
أرباح العمل الحر أو المزرعة		
مخصصات الضمان الاجتماعي/SSI		
الصناديق الائتمانية/الميراث		
مخصصات البطالة		
تعويضات العمال		
إجمالي الدخل		
غير ذلك		
الأصول السائلة (الأصول التي يمكن تحويلها إلى نقود في وقت قصير دون خسارة في القيمة. مثل: النقود، أو الذهب، أو الأوراق المالية القابلة للتداول)		

4. التأمين الصحي:

هل أنت مشمول بموجب أي بوليصة تأمين صحي، بما في ذلك Medicare أو Medicaid أو تغطية من بلد آخر؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى كتابة معلومات التأمين أدناه:

اسم حامل البوليصة:	شركة التأمين:	رقم البوليصة:
اسم حامل البوليصة:	شركة التأمين:	رقم البوليصة:

14. هل يقدّم صاحب عملك حساب مدخرات صحية (HSA) للمساعدة في دفع نفقاتك الطبية؟ نعم لا

5. يرجى القراءة بعناية قبل التوقيع:

بالتوقيع أدناه، أقر بأن جميع المعلومات التي أديتُ بها في هذا الطلب وأي مستندات مرفقة صحيحة.

- أدرك أن أي معلومات غير صحيحة أو غير مكتملة أو زائفة في هذا النموذج قد تؤدي إلى رفض طلبي للحصول على المساعدة المالية.
- أمتح Yale New Haven Health الإذن للتحقق من أي وجميع المعلومات.
- أمتح Yale New Haven Health الإذن لطلب تقرير الانتماء.
- أوافق على سداد المبلغ الكامل لمنحة المساعدة المالية إذا تلتقيت دفعة من أي نوع، بما في ذلك التعويضات من دعوى قضائية، مقابل الخدمات التي يغطيها هذا الطلب.
- أوافق على إبلاغ Yale New Haven Health بأي تغييرات قد تؤثر في أهليتي للحصول على المساعدة المالية.
- أدرك أنه فيما يتعلق بطلبي للحصول على المساعدة المالية، قد يتعين على Yale New Haven Health الكشف عن معلوماتي الصحية المحمية (حسب البند المحدد في قاعدة الخصوصية في قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA)، المادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (Code of Federal Regulations, CFR)، الأجزاء من 160 إلى 164) من أجل تحديد أهليتي.
- أدرك أن أي إفصاح من هذا القبيل سيكون لأغراض الدفع، على النحو المحدد في قاعدة الخصوصية في قانون HIPAA.

التاريخ (شهر/يوم/سنة)

توقيع مقدم الطلب أو الوصي القانوني

الاسم الكامل لمقدم الطلب أو الوصي القانوني بأحرف واضحة

تذكّر إرفاق إثبات الدخل أو خطاب إعالة مع طلب الحصول على المساعدة المالية.

أرسل الطلبات المكتملة إلى:

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