

خلاصه پالیسی کمک مالی به زبان ساده

نحوه درخواست و از کجا می توانیم کپی ها را دریافت کنیم

برای ارسال درخواست، درخواست را دریافت نمایید، معلومات مورد نیاز را تکمیل سازید و به یکی از دفاتر کمک مالی ما در یکی از موقعیت های ذیل برگردانید

شما می توانید از طریق پست یا برقراری تماس از طریق شماره 855-547-4584 با خدمات مالی و پذیرش بیمار با بطور حضوری در بخش های ثبت نام در شفاخانه از آن جمله بخش عاجل، به یک نسخه رایگان از درخواست، پالیسی کمک مالی و این خلاصه زبان ساده در www.ynhhs.org/financialassistance یا هر یک از وب سایت های شفاخانه بیل نیوهون (YNHHS، Yale New Haven Hospital) دسترسی داشته باشید.

قابل دسترس بودن خدمات ترجمه

برای گروه های خاصی با مهارت محدود انگلیسی، ترجمه پالیسی کمک مالی، درخواست کمک مالی و این خلاصه زبان ساده پالیسی کمک مالی در وبسایت www.ynhhs.org/financialassistance و در مکان های ذکر شده ذیل شفاخانه موجود میباشد.

در صورت داشتن سوالات دیگر با چه کسی میتوانم تماس بگیرم؟
برای کسب معلومات بیشتر یا برای کمک به تکمیل نمودن درخواست، با خدمات مالی و پذیرش از طریق شماره 855-547-4584 به تماس شوید.

جزئیات اضافی برنامه

بودیجه بستر شفاخانه

امکان دارد یک بیمار واجد شرایط دریافت کمک مالی از بودیجه تخت هدایی به Yale New Haven Health hospital برای ارائه مراقبت های طبی به مرضیانی باشد که توانایی پرداخت هزینه مراقبت های شفاخانه را نداشته باشند. این پول یا بودیجه بخش کوچکی از بودیجه کلی برای کمک های مالی با واجد شرایط بودن را در نظر گرفتن محدودیت های اهداکنندگان و در صورت لزوم، نامزدهای پیشنهادی توسط پیشنهاد دهندگان صندوق تشکیل می دهند. تمام مرضیانی که درخواست کمک مالی را پر میکنند بطور خودکار برای بودیجه تخت شفاخانه مد نظر گرفته می شوند.

محدودیت در هزینه ها

مرضیانی که واجد شرایط کمک مالی هستند، بیش از «مبلغی که به طور مجموعی بل می شود» از مرضیان دارای بیمه برای مراقبت های اضطراری یا سایر مراقبت های طبی ضروری هزینه دریافت نمی شود.

شفاخانه بیل نیوهون (YNHHS، Yale New Haven Hospital) کمک های مالی برای مراقبت های اضطراری و/یا از نظر طبی ضروری را به مرضیان بیمه نشده و آنده مرضیانی که بیمه دارند و برابر با معیارهای ذیل هستند، ارائه می نماید:

اگر در ایالات متحده زندگی می کنید و (الف) بیمه نیستید و واجد شرایط هیچ برنامه دولتی فواید مراقبت های صحی یا پلان صحی واجد شرایطی نیستید که از طریق قانون مراقبت با نرخ مناسب قابل دسترس است، یا (ب) تحت بیمه هستید:

مراقبت های رایگان

امکان دارد شما واجد شرایط تخفیف کامل (100%) مبلغی باشید که قرضدار هستید اگر:

□ خانواده شما کمتر یا معادل 250% سطح فقر فدرال عاید دارند.

مراقبت های تخفیف یافته

امکان دارد واجد شرایط تخفیف جزئی از مبلغی باشید که قرضدار هستید اگر:

□ خانواده شما کمتر یا معادل با 550% سطح فقر فدرال عاید دارند.

همچنان از نظر معلولیت طبی

امکان دارد به صورت موردی به مرضیانی که معیارهای عاید بالا را ندارند، اما بل طبی آنها از فیصدی معینی از عاید یا دارایی خانواده فراتر می رود، کمک مالی در نظر گرفته شود.

سوالات که بطور مکرر پرسیده شده

حداکثر سطح عاید برای واجد شرایط بودن برای برنامه ها چیست؟

برای جزئیات بیشتر در مورد حداکثر سطوح عاید هر برنامه، به www.ynhhs.org/financialassistance مراجعه نمایید.

آیا سایر قابلیت ها برای مساعدت مالی وجود دارند؟

برای واجد شرایط بودن باید در تکمیل درخواست کمک مالی و درخواست برای Medicaid یا هر برنامه پرداخت شخص ثالث دیگری که امکان دارد در دسترس باشد، همکاری نمایید.

کدام موارد تحت پوشش مساعدت مالی قرار دارد؟

برنامه های مساعدت مالی (financial assistance programs) فقط مراقبت های اضطراری و سایر مراقبت های طبی لازم فقط برای بل های Yale New Haven Health را مورد پوشش قرار میدهد. لینک به لیست ارائه دهندگان تحت پوشش را می توانید در آدرس www.ynhhs.org/financialassistance دریافت کنید.

چگونه از تایید شدن درخواست خود آگاه خواهیم شد؟ ما برای هر درخواست به طور کتبی پاسخ ارائه خواهیم کرد در صورتیکه درخواست شما رد شود، می توانید در هر زمان دوباره درخواست کنید. هر سال بودیجه اضافی تخت شفاخانه قابل دسترس می شود.

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

چگونه میتوانم برای مساعدت مالی درخواست نمایم؟

برای تسهیل سازی در درخواست کمک مالی، Yale New Haven Health از یک برنامه برای برنامه کمک مالی خود استفاده می‌نماید. جهت درخواست، مراحل ذیل را تکمیل نمایید.

مرحله 1: درخواست را تکمیل نمایید.

لطفاً تمامی سوالات را پاسخ دهید و امضاء و تاریخ را درج نمایید. اگر سوالی برای خانواده شما قابل تطبیق نیست، لطفاً در فضای ارائه شده "N/A" (قابل تطبیق نیست) بنویسید.

مرحله 2: سند عاید را به درخواست خود ضمیمه کنید. سند عاید عبارت از سندی است که نشان می‌دهد خانواده شما در هنگام پر کردن درخواست چقدر عاید کسب می‌کنند. جدول در سمت راست را برای انواع اسنادی که ممکن است مورد استفاده قرار گیرد را مشاهده کنید.

مرحله 3: درخواست را از طریق پست یا بطور حضوری به ما تسلیم کنید.

لطفاً موارد را شامل سازید:

1. درخواست تکمیل شده، امضاء شده و دارای تاریخ
2. سند عاید

میتوانید از اسناد ذیل به عنوان اسناد عاید استفاده شود:

✉ از طریق پست:

Yale New Haven Health
SBO، توجه: مساعدت مالی
پست بکس 1403
New Haven, CT 06505

📠 از طریق پست: 203-688-1640

🚶 بطور حضوری:

به ما در هر یکی از موقعیت های ذیل مراجعه نمایید:

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

برای دریافت معلومات بیشتر یا کمک جهت تکمیل فورم درخواست، نسخه رایگان پالیسی مساعدت مالی ما را دریافت نمایید.



آنلاین:

www.ynhhs.org/financialassistance



از طریق تلفون:

855-547-4584

از دوشنبه-جمعه، ساعت
7:30 صبح – 5 عصر

:اسناد ذیل ممکن است به عنوان اثبات عاید استفاده شود

<p>شما ممکن نسخه های این اسناد را به عنوان مدرک درآمد ضمیمه نمایید: (این اسناد نباید قدیمی تر از شش ماه گذشته باشد، به جز آخرین اظهارنامه مالیاتی فدرال شما که امکان دارد قدیمی تر باشد)</p>	<p>در صورتیکه درآمد خانواده شما از...</p>
<p> <input type="checkbox"/> دو (2) تا از جدیدترین رسید پرداخت معاش یا نامه ای استخدام کننده شما در مورد سربرگ شرکت با بیان چگونگی چند ساعت کار می کنید و در هر ساعت چقدر عاید دارید (قبل از مالیات) </p>	<p>معاشات (اگر معاش می‌گیرید یا با معاش را بر اساس ساعت دریافت می‌کنید برای یک وظیفه)</p>
<p> <input type="checkbox"/> جدیدترین اظهارنامه مالیات بر عاید فدرال فواید </p>	<p>عاید وظیفه آزاد (در صورتیکه برای خود کار میکنید)</p>
<p> <input type="checkbox"/> خط جدیدترین اعطای امتیاز یا اظهارنامه امتیازات یا چک های معاش </p>	<p>بازگشت (مصونیت اجتماعی، نظامی، جبران خسارت کارگران، بیکاری، تقاعد، صندوق های تقاعد، SSI، نطقه)</p>
<p> <input type="checkbox"/> کاپی اجاره یا قرارداد کتبی که نشان دهنده مقدار کرایه میباشد یا یک مکتوب نوشته شده توسط شما، که نشان دهد شما در هر سال چه مقدار کرایه دریافت میکنید </p>	<p>عاید براساس اجاره</p>
<p> <input type="checkbox"/> جدیدترین اظهارنامه مالیات بر عاید فدرال بازگشت، یا اظهارنامه موسسه مالی که مبلغ و دفعات پرداخت و مبلغ پرداخت شده در این سال تا به امروز را ذکر کند </p>	<p>سود یا فایده، سود سهام یا پرداخت های سالیانه پرداخت ها</p>
<p> <input type="checkbox"/> یک نامه از طرف شخص که از شما حمایت می‌کند، یا <input type="checkbox"/> در صورتیکه شما شخص حمایت کننده نداشته باشید، یک نامه امضاء شده و دارای تاریخ که توضیح کننده وضعیت مالی فعلی شما باشد ارسال نمایید </p>	<p>در صورتیکه شما هیچ عاید نداشته باشید</p>

درخواست برای برنامه های مساعدت مالی

اداره Yale New Haven Health از یک نوع درخواست برای اکثر برنامه های مساعدت مالی استفاده می نماید. با تکمیل نمودن این درخواست، شما برای برنامه های مراقبت رایگان و تخفیف مراقبت و بودجه تخت شفاخانه ما مد گرفته می شوید برای راهنمایی در مورد نحوه درخواست مساعدت مالی، لطفاً به صفحه 2 مراجعه کنید. اگر در مورد این درخواست سوالی دارید، با شماره **855-547-4584** با ما تماس بگیرید.

1. معلومات مریض:

تخلص	اسم	تاریخ تولد
آدرس کوچه		شماره تلفون
شهر:	ایالت:	کود پستی:
		شماره سوابق طبی (اگر قابل دسترس باشد)

2. معلومات خانوادگی: اسم زوج و/یا اطفال وابسته که در خانه شما زندگی میکنند. شریکان غیر متاهل را شامل نسازید. در صورتیکه فضای بیشتر لازم باشد، لطفاً یک ورق دیگر را ضمیمه سازید.

نام عضو خانواده	قربانیت با درخواست دهنده	تاریخ تولد

3. معلومات مالی: معلومات در مورد تمامی منابع عاید از خود و زوج تان را شامل سازید. لطفاً به یاد داشته باشید که اسناد اثباتیه عاید تان را به درخواست خود ضمیمه کنید. سند عاید عبارت از سندی است که نشان می دهد خانواده شما در هنگام پر کردن درخواست چقدر عاید کسب می کنند. برای انواع اسنادی که امکان دارد به عنوان اثبات عاید مورد استفاده قرار گیرند، به جدول صفحه 2 مراجعه کنید

عاید	مریض مقدار را وارد سازید دایره بکشید: هفته وار دو هفته بی ماهانه	شریک زندگی مقدار را وارد سازید دایره بکشید: هفته وار دو هفته بی ماهانه
معاش/عاید ناخالص (قبل از کسر مالیات)		
توسط سایر افراد حمایت می گردد		
حمایت/تفقه دریافت شده طفل		
فواید معلولیت		
فواید تقاعد		
درآمد کرایه دریافت شده		
وظیفه یا کار آزاد یا عاید فارم		
بیمه اجتماعی/ فواید SSI		
صندوق های امانی / ارث		
فواید بیکاری		
جبران خسارت کارگر		
عاید مجموعی		
دیگر		
دارایی های نقدی (دارایی هایی که می توانند در کوتاه مدت با پول نقد مبادله شوند، بدون از دست دادن ارزش. بطور مثال، پول نقد، طلا یا اوراق بهادار قابل فروش)		

4. بیمه صحی:

آیا شما تحت پوشش هر گونه پالیسی بیمه صحی، از جمله Medicare یا Medicaid یا پوششی از کشور دیگری هستید؟ بلی نخیر

اگر بلی، لطفاً معلومات بیمه خود را در بخش ذیل وارد سازید:

دارنده پالیسی:	بیمه کننده:	شماره پالیسی:
دارنده پالیسی:	بیمه کننده:	شماره پالیسی:

a4. آیا استخدام کننده شما از یک صندوق پیس انداز صحی (HSA، Health Saving Account) حمایت مالی می کند تا به پرداخت هزینه های طبی شما کمک کند؟ بلی نخیر

5. لطفاً قبل از امضاء به دقت بخوانید:

با امضای ذیل، من تأیید می کنم که هر آنچه که در این درخواست بیان کردم و هر ضمیمه آن صحیح است.

- من می دانم که هر گونه اطلاعات نادرست، ناقص و نادرست در مورد این فرم می تواند منجر به رد شدن درخواست من برای مساعدت مالی شود.
- به Yale New Haven Health اجازه می دهم تا هر نوع و همه اطلاعات را بررسی کند
- به Yale New Haven Health اجازه می دهم تا گزارش کریدت مرا درخواست نماید.
- من در صورت دریافت هر نوع پرداخت، از جمله امتیاز دادخواهی، برای خدمات تحت پوشش این درخواست، موافقت می کنم مبلغ کامل جایزه مساعدت مالی خود را بازپرداخت کنم.
- من موافقم که Yale New Haven Health را در مورد هرگونه تغییرات که می تواند واجد شرایط بودن من برای مساعدت مالی را تغییر دهد، آگاه کنم.
- من می دانم که در رابطه با درخواست من برای مساعدت مالی، Yale New Haven Health ممکن است به منظور تثبیت واجد شرایط بودن من، باید اطلاعات صحی محافظت شده (طوری که آن اصطلاح در اصل حریمیت HIPAA، اجزاء 160 الی 42 CFR 164 تعریف گردیده است) را درباره من افشاء سازد.
- من می دانم که هرگونه افشاء سازی، طوریکه در اصل حفظ حریمیت HIPAA تعریف می گردیده، برای مقاصد پرداخت می باشد.

امضای شخص درخواست کننده یا سرپرست قانونی

تاریخ (سال/ماه/روز)

اسم نوشته شده شده شخص درخواست کننده یا سرپرست قانونی

به یاد داشته باشید که همراه با درخواست مساعدت مالی خود، سند عاید یا نامه حمایتی را درج کنید.

درخواست های تکمیل شده را از طریق پست به آدرس ذیل ارسال کنید:

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