

Περίληψη Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας σε απλή γλώσσα

Το Yale New Haven Health (YNHHS) παρέχει οικονομική βοήθεια για επείγουσα ή/και άλλη ιατρικά απαραίτητη φροντίδα σε ανασφάλιστους ή υποασφαλισμένους ασθενείς που πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια:

Εάν ζείτε στις Ηνωμένες Πολιτείες και είστε (α) ανασφάλιστος και δεν δικαιούστε οποιοδήποτε κρατικό πρόγραμμα παροχών υγειονομικής περίθαλψης ή κατάλληλο πρόγραμμα υγείας που διατίθεται μέσω του Νόμου περί Οικονομικά Προσιτής Περιθαλψής (Affordable Care Act) ή (β) υποασφαλισμένος:

Δωρεάν φροντίδα

Ενδεχομένως να δικαιούστε πλήρη (100%) έκπτωση στο ποσό που οφείλετε εάν:

- Το οικογενειακό σας εισόδημα είναι κατώτερο ή ίσο με το 250% του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας (Federal Poverty Level).

Φροντίδα με έκπτωση

Ενδεχομένως να δικαιούστε μερική έκπτωση στο ποσό που οφείλετε εάν:

- Το οικογενειακό σας εισόδημα είναι κατώτερο ή ίσο με το 550% του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας (Federal Poverty Level).

Ιατρικά άπορος

Μπορεί επίσης να εξεταστεί κατά περίπτωση η δυνατότητα οικονομικής βοήθειας σε ασθενείς που δεν πληρούν τα παραπάνω εισοδηματικά κριτήρια, αλλά των οποίων οι ιατρικοί λογαριασμοί υπερβαίνουν ένα ορισμένο ποσοστό του εισοδήματος ή των περιουσιακών στοιχείων της οικογένειας.

Συχνές ερωτήσεις

Ποια είναι τα μέγιστα επίπεδα εισοδήματος για να δικαιούται κάποιος τα προγράμματα;

Για λεπτομέρειες σχετικά με τα μέγιστα επίπεδα εισοδήματος για κάθε πρόγραμμα, επισκεφτείτε τη διεύθυνση www.ynhhs.org/financialassistance.

Υπάρχουν άλλες προϋποθέσεις για να λάβω οικονομική βοήθεια;

Για να πληροίτε τις προϋποθέσεις πρέπει να συνεργαστείτε για τη συμπλήρωση της αίτησης οικονομικής βοήθειας και την υποβολή της αίτησης για το πρόγραμμα Medicaid ή οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα πληρωμών από τρίτους το οποίο ενδέχεται να είναι διαθέσιμο.

Τι καλύπτεται από την οικονομική βοήθεια;

Τα προγράμματα οικονομικής βοήθειας που προσφέρουμε καλύπτουν επείγουσα και άλλη ιατρικά απαραίτητη φροντίδα μόνο σε σχέση με τους λογαριασμούς στο Yale New Haven Health. Μπορείτε να βρείτε έναν σύνδεσμο για τον κατάλογο με τους καλυπτόμενους παρόχους στη διεύθυνση www.ynhhs.org/financialassistance.

Πώς θα μάθω αν εγκρίθηκε η αίτησή μου;

Θα απαντήσουμε σε κάθε αίτηση γραπτώς. Αν η αίτησή σας απορριφθεί, μπορείτε να υποβάλετε νέα αίτηση οποιαδήποτε στιγμή. Κάθε χρόνο διατίθενται πρόσθετα κονδύλια για νοσοκομειακές κλίνες..

Πώς να υποβάλετε αίτηση

και πού να προμηθευτείτε αντίγραφο

Για την υποβολή της αίτησης, προμηθευτείτε μια αίτηση, συμπληρώστε τις απαιτούμενες πληροφορίες και επιστρέψτε την αίτηση σε ένα από τα γραφεία οικονομικής βοήθειας που αναφέρονται παρακάτω.

Μπορείτε να προμηθευτείτε ένα δωρεάν αντίγραφο των εγγράφων Application [Αίτηση], Financial Assistance Policy [Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας] και της παρούσας περίληψης σε απλή γλώσσα στη διεύθυνση www.ynhhs.org/financialassistance ή σε οποιοδήποτε ιστότοπο των νοσοκομείων YNHHS, μέσω ταχυδρομείου καλώντας το τμήμα Patient Financial and Admitting Services [Οικονομικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υποδοχής ασθενών] στον αριθμό 855-547-4584, ή αυτοπροσώπως στις περιοχές εγγραφής, συμπεριλαμβανομένων των τμημάτων επειγόντων περιστατικών, σε όλες τις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις μας.

Διαθεσιμότητα υπηρεσιών μετάφρασης

Για ορισμένες ομάδες με περιορισμένη επάρκεια στην Αγγλική γλώσσα, μεταφράσεις των εγγράφων Financial Assistance Policy [Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας], Financial Assistance Application [Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας] και της παρούσας περίληψης της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας είναι διαθέσιμες στον ιστότοπο www.ynhhs.org/financialassistance και στις τοποθεσίες των νοσοκομείων που αναφέρονται παρακάτω.

Με ποιον μπορώ να επικοινωνήσω αν έχω επιπλέον ερωτήσεις;

Για να μάθετε περισσότερα ή για βοήθεια με τη συμπλήρωση μιας αίτησης, επικοινωνήστε με το τμήμα Patient Financial and Admitting Services στον αριθμό **855-547-4584**.

Πρόσθετες λεπτομέρειες προγράμματος

Κονδύλια νοσοκομειακών κλινών

Ένας ασθενής ενδέχεται να δικαιούται να λάβει οικονομική βοήθεια από τα κονδύλια νοσοκομειακών κλινών που δωρίστηκαν σε ένα νοσοκομείο Yale New Haven Health, προκειμένου να παρέχει ιατρική φροντίδα σε ασθενείς που ενδεχομένως να μην μπορούν να πληρώσουν τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτά τα κεφάλαια αποτελούν ένα μικρό μέρος των συνολικών κονδυλίων για οικονομική βοήθεια, ενώ η επιλεξιμότητα λαμβάνει υπόψη τους περιορισμούς των χορηγών και, κατά περίπτωση, τις υποψηφιότητες των εισηγητών των κεφαλαίων. Όλοι οι ασθενείς που συμπληρώνουν αίτηση οικονομικής βοήθειας θα λαμβάνονται αυτόματα υπόψη για τα κεφάλαια νοσοκομειακών κλινών.

Περιορισμός στις χρεώσεις

Οι ασθενείς που δικαιούνται την παροχή οικονομικής βοήθειας δεν θα χρεώνονται περισσότερο από το «ποσό που χρεώνεται γενικά» σε ασθενείς που διαθέτουν ασφάλιση για επείγουσα ή άλλη ιατρικά απαραίτητη φροντίδα.

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

Πώς θα υποβάλω αίτηση για οικονομική βοήθεια;

Για να διευκολύνει την υποβολή αίτησης για οικονομική βοήθεια, το Yale New Haven Health χρησιμοποιεί μία αίτηση για το πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας. Για να υποβάλετε αίτηση, ακολουθήστε τα κάτωθι βήματα.

Βήμα 1: Συμπληρώστε την αίτηση.

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, υπογράψτε και δηλώστε την ημερομηνία στην αίτηση. Αν μια ερώτηση δεν ισχύει για την οικογένειά σας, γράψτε «Δ/Υ» (δεν υφίσταται) στο προβλεπόμενο πεδίο.

Βήμα 2: Επισυνάψτε ένα αποδεικτικό εισοδήματος στην αίτησή σας. Το αποδεικτικό εισοδήματος είναι ένα έγγραφο που απεικονίζει το οικογενειακό σας εισόδημα κατά τη στιγμή συμπλήρωσης της αίτησης. Ανατρέξτε στον πίνακα δεξιά για τα είδη των εγγράφων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Βήμα 3: Ταχυδρομήστε την αίτηση ή επισκεφθείτε μας αυτοπροσώπως.

Παρακαλούμε όπως συμπεριλάβετε:

1. Τη συμπληρωμένη, υπογεγραμμένη και χρονολογημένη αίτηση
2. Αποδεικτικό εισοδήματος



Ταχυδρομικά:

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



Με φαξ: 203-688-1640



Αυτοπροσώπως:

Επισκεφθείτε μας σε μία από τις κάτωθι τοποθεσίες:

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

Για να μάθετε περισσότερα, προμηθευτείτε ένα δωρεάν αντίγραφο της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας ή για βοήθεια για τη συμπλήρωση μιας αίτησης, απευθυνθείτε:



Τηλεφωνικά:

855-547-4584

Δευτέρα-Παρασκευή

7:30 π.μ. – 5 μ.μ.



Μέσω διαδικτύου:

www.ynhhs.org/financialassistance

Τα ακόλουθα έγγραφα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αποδεικτικό εισοδήματος:

<p>Αν το οικογενειακό σας εισόδημα προέρχεται από...</p>	<p>Μπορείτε να επισυνάψετε αντίτυπα αυτών των εγγράφων ως αποδεικτικό εισοδήματος: (Τα έγγραφα αυτά δεν πρέπει να υπερβαίνουν τους έξι μήνες, εκτός από την πιο πρόσφατη φορολογική σας δήλωση που μπορεί να είναι παλαιότερη.)</p>
<p>Αποδοχές (Εάν λαμβάνετε μισθό ή πληρώνετε με την ώρα για μια εργασία)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Τις δύο (2) πιο πρόσφατες βεβαιώσεις αποδοχών Ή <input type="checkbox"/> Μια επιστολή από τον εργοδότη σας σε επιστολόχαρτο της εταιρείας η οποία δηλώνει πόσες ώρες εργάζεστε και ποιες είναι οι αποδοχές σας ανά ώρα (προ φόρων)
<p>Εισόδημα αυτοαπασχολούμενου (Εάν εργάζεστε ως αυτοαπασχολούμενος)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Την πιο πρόσφατη φορολογική δήλωση
<p>Παροχές (Κοινωνική ασφάλεια, αποζημίωση βετεράνου, εργαζομένου, επίδομα ανεργίας, συντάξεις, συνταξιοδοτικά προγράμματα, SSI [Συμπληρωματικό Εισόδημα Ασφάλισης], διατροφή</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Την πιο πρόσφατη αίτηση έγκρισης παροχών Ή <input type="checkbox"/> Βεβαίωση παροχών Ή <input type="checkbox"/> Στελέχη επιταγών
<p>Εισόδημα από μισθώματα</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Αντίγραφο μίσθωσης ή γραπτό συμφωνητικό που δείχνει το ποσό του ενοικίου, Ή <input type="checkbox"/> Επιστολή γραμμένη από εσάς, η οποία αναφέρει το ποσό του ενοικίου που εισπράττετε ετησίως
<p>Τόκοι, μερίσματα ή ετήσιες πρόσοδοι</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Την πιο πρόσφατη φορολογική δήλωση, Ή <input type="checkbox"/> Βεβαίωση από χρηματοοικονομικό ίδρυμα που δηλώνει το ποσό και τη συχνότητα των πληρωμών και το ποσό που καταβλήθηκε αυτό το έτος έως σήμερα
<p>Εάν δεν έχετε κάποιο εισόδημα</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Μια επιστολή από το πρόσωπο που σας υποστηρίζει Ή <input type="checkbox"/> Αν δεν έχετε κάποιο πρόσωπο που σας υποστηρίζει οικονομικά, πρέπει να αποστείλετε μια υπογεγραμμένη και χρονολογημένη επιστολή που εξηγεί την τρέχουσα οικονομική σας κατάσταση

Αίτηση για προγράμματα οικονομικής βοήθειας

Το Yale New Haven Health χρησιμοποιεί μία αίτηση για τα περισσότερα προγράμματα οικονομικής βοήθειας. Συμπληρώνοντας την παρούσα αίτηση, θα ληφθεί υπόψη ώστε να συμμετάσχετε στα προγράμματα δωρεάν φροντίδας (Free Care), φροντίδας με έκπτωση (Discounted Care) και τα κονδύλια νοσοκομειακών κλινών που προσφέρουμε (Bed Funds). Για οδηγίες σχετικά με την υποβολή αίτησης για οικονομική βοήθεια, παρακαλούμε, δείτε τη σελίδα 2. Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με αυτήν την αίτηση, καλέστε μας στο **855-547-4584**.

1. Στοιχεία ασθενούς:

Επώνυμο	Όνομα	Ημερομηνία γέννησης
Διεύθυνση οδού		Αριθμός τηλεφώνου
Πόλη	Πολιτεία	Ταχυδρομικός κώδικας
		Αριθμός ιατρικού φακέλου (αν είναι διαθέσιμος)

2. Οικογενειακά στοιχεία:

Αναφέρετε τον/την σύζυγο ή/και τυχόν εξαρτώμενα τέκνα που ζουν στο νοικοκυριό σας. Μην συμπεριλάβετε συντρόφους εκτός γάμου. Αν χρειάζεστε περισσότερο κενό χώρο, επισυνάψτε ένα ξεχωριστό έγγραφο.

Όνομα μέλους της οικογένειας	Σχέση με τον αιτούντα/την αιτούσα	Ημερομηνία γέννησης

3. Οικονομικά στοιχεία:

Συμπεριλάβετε πληροφορίες για όλες τις πηγές εισοδήματος που αφορούν εσάς και τον/τη σύζυγο σας. Μην ξεχνάτε να επισυνάψετε ένα αποδεικτικό εισοδήματος στην αίτησή σας. Το αποδεικτικό εισοδήματος είναι ένα έγγραφο που απεικονίζει το οικογενειακό σας εισόδημα κατά τη στιγμή συμπλήρωσης της αίτησης. Ανατρέξτε τον πίνακα στη σελίδα 2 για τα είδη των εγγράφων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αποδεικτικό εισοδήματος.

Εισόδημα	Ασθενής Εισαγάγετε ποσό Κυκλώστε: Εβδομαδιαία, Δεκαπενθήμερα, Μηνιαία	Σύζυγος Εισαγάγετε ποσό Κυκλώστε: Εβδομαδιαία, Δεκαπενθήμερα, Μηνιαία
Ακαθάριστοι μισθοί/αποδοχές (προ φόρων)		
Οικονομική υποστήριξη από άλλο άτομο		
Υποστήριξη τέκνων/ διατροφή που εισπράχθηκε		
Επιδόματα αναπηρίας		
Συνταξιοδοτικές παροχές		
Εισόδημα από μισθώματα που εισπράχθηκε		
Αυτοαπασχόληση ή αποδοχές από γεωργικές δραστηριότητες		
Κοινωνική ασφάλιση/Παροχές SSI		
Καταπιστευματικό ταμείο/Κληρονομιά		
Επιδόματα ανεργίας		
Αποζημίωση εργαζομένου		
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ		
ΑΛΛΟ		
Ρευστά περιουσιακά στοιχεία (περιουσιακά στοιχεία που μπορούν να ανταλλάξουν με μετρητά σε σύντομο χρονικό διάστημα, χωρίς απώλεια αξίας. Για παράδειγμα, μετρητά, χρυσός ή εμπορεύσιμο τίτλοι)		

4. Ασφάλεια υγείας:

Καλύπτεστε από οποιοδήποτε ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας, περιλαμβανομένων των προγραμμάτων Medicare ή Medicaid ή ασφαλιστική κάλυψη που παρέχεται από μια άλλη χώρα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν απαντήσατε **ναι**, εισαγάγετε τα στοιχεία της ασφάλειάς σας κάτωθι:

Κάτοχος ασφαλιστηρίου συμβολαίου:	Πάροχος ασφάλισης:	Αρ. συμβολαίου:
Κάτοχος ασφαλιστηρίου συμβολαίου:	Πάροχος ασφάλισης:	Αρ. συμβολαίου:

- 4α. Χορηγεί ο εργοδότης σας ένα ταμείο λογαριασμού αποταμίευσης για θέματα υγείας (Health Saving Account, HSA) για να σας βοηθήσει στην πληρωμή των ιατρικών εξόδων σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Διαβάστε προσεκτικά προτού υπογράψετε:

Υπογράφοντας κατωτέρω, βεβαιώνω ότι όλα όσα έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση και σε κάθε επισυναπτόμενο έγγραφο είναι αληθή.

- Κατανοώ ότι η δήλωση εσφαλμένων, ελλιπών ή ψευδών στοιχείων στο παρόν έντυπο ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα την απόρριψη της αίτησής μου για οικονομική βοήθεια.
- Επιτρέπω στο Yale New Haven Health να επιβεβαιώσει όλες τις πληροφορίες.
- Επιτρέπω στο Yale New Haven Health να ζητήσει αναφορά σχετικά με την πιστοληπτική μου ικανότητα.
- Συμφωνώ να επιστρέψω ολόκληρο το ποσό της οικονομικής βοήθειας που μου χορηγήθηκε σε περίπτωση που λάβω οποιοδήποτε είδους πληρωμή, συμπεριλαμβανομένων των αποζημιώσεων από αγωγή, για τις υπηρεσίες που καλύπτονται από την παρούσα αίτηση.
- Συμφωνώ ότι θα ενημερώνω το Yale New Haven Health σχετικά με οποιαδήποτε αλλαγές που θα μπορούσαν να μεταβάλουν το καθεστώς επιλεξιμότητάς μου για την παροχή οικονομικής βοήθειας.
- Κατανοώ ότι σε σχέση με την αίτησή μου για παροχή οικονομικής βοήθειας το Yale New Haven Health ενδέχεται να κοινοποιήσει Προστατευμένες πληροφορίες υγείας [όπως ορίζονται στον Κανονισμό Απορρήτου του Νόμου περί Λογοδοσίας και Φορητότητας της Ασφάλισης Υγείας (HIPAA Privacy Rule), 42 του κώδικα ομοσπονδιακών κανονισμών (Code of federal regulations, CFR) Μέρη 160 έως 164] που με αφορούν προκειμένου να καθορισθεί η επιλεξιμότητά μου.
- Κατανοώ ότι η εν λόγω κοινοποίηση θα πραγματοποιηθεί για λόγους πληρωμής, όπως ορίζεται στον Κανονισμό Απορρήτου του Νόμου περί Λογοδοσίας και Φορητότητας της Ασφάλισης Υγείας (HIPAA Privacy Rule).

Υπογραφή αιτούντος/αιτούσας ή νόμιμου κηδεμόνα

Ημερομηνία (ΜΜ/ΗΗ/ΕΕΕΕ)

Όνομα με κεφαλαία του αιτούντος/αιτούσας ή του νόμιμου κηδεμόνα

Μην ξεχάσετε να συμπεριλάβετε το αποδεικτικό εισοδήματος ή την επιστολή υποστήριξης στην αίτησή σας για παροχή οικονομικής βοήθειας.

Ταχυδρομήστε τις συμπληρωμένες αιτήσεις στη διεύθυνση:

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