

सरल भाषा में वित्तीय सहायता नीति का सारांश

Yale New Haven Health (YNHHS) उन बीमा रहित और अल्प बीमा वाले रोगियों को आपातकालीन और/या चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए वित्तीय सहायता उपलब्ध कराता है, जो निम्नलिखित मानदंडों को पूरा करते हैं:

अगर आप संयुक्त राज्य में रहते हैं और (a) आपके पास बीमा नहीं है और आप किसी भी सरकारी स्वास्थ्य देखभाल लाभ संबंधी कार्यक्रम या अफोर्डेबल केयर एक्ट के तहत उपलब्ध योग्य स्वास्थ्य योजना के लिए पात्र नहीं हैं, या (b) आपके पास कम बीमा है:

निःशुल्क देखभाल

आप अपनी बकाया राशि पर पूर्ण (100%) छूट के लिए योग्य हो सकते हैं, अगर:

- आपका परिवार संघीय गरीबी स्तर के 250% से कम या उसके बराबर कमाता है।

रियायती देखभाल

आप अपनी बकाया राशि पर आंशिक छूट के लिए योग्य हो सकते हैं, अगर:

- आपका परिवार संघीय गरीबी स्तर के 550% से कम या उसके बराबर कमाता है।

चिकित्सकीय रूप से निर्धन

वित्तीय सहायता के लिए मामले दर मामले आधार पर उन रोगियों को भी सहायता उपलब्ध कराई जा सकती है जो आय संबंधी ऊपर बताए गए मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं, लेकिन जिनके चिकित्सा बिल परिवार की आय या परिसंपत्तियों के एक निश्चित प्रतिशत से अधिक हैं।

अक्सर पूछे जाने वाले सवाल

कार्यक्रमों के लिए योग्यता हासिल करने के मकसद से आय के अधिकतम स्तर क्या हैं?

हर कार्यक्रम से संबंधित आय के अधिकतम स्तर के विवरण के लिए, कृपया www.ynhhs.org/financialassistance देखें।

क्या वित्तीय सहायता के लिए अन्य योग्यताएँ भी हैं?

योग्य होने के लिए आपको वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा करने और Medicaid या किसी अन्य उपलब्ध तृतीय-पक्ष भुगतान संबंधी कार्यक्रम के लिए आवेदन करने में सहयोग करना होगा।

वित्तीय सहायता के अंतर्गत क्या-क्या शामिल है?

हमारे वित्तीय सहायता कार्यक्रम (financial assistance programs) में आपातकालीन और अन्य चिकित्सकीय रूप से ज़रूरी देखभाल के लिए केवल Yale New Haven Health के बिल शामिल हैं। कवर किए गए प्रदाताओं की सूची का लिंक www.ynhhs.org/financialassistance में खोजा जा सकता है।

मुझे कैसे पता चलेगा कि मेरा आवेदनपत्र स्वीकृति हो चुका है?

हम लिखित रूप में हर आवेदनपत्र का जवाब देंगे। अगर आपका आवेदनपत्र अस्वीकृत हो जाता है, तो आप कभी भी फिर से आवेदन कर सकते हैं। हर साल अस्पताल में अतिरिक्त बिस्तर के लिए फंड उपलब्ध होता है।

आवेदन कैसे करें और कॉपी कहाँ से पाँ

आवेदन करने के लिए, आवेदन पत्र हासिल करें, आवश्यक जानकारी भरें और आवेदन पत्र को नीचे दिए गए हमारे वित्तीय सहायता कार्यालयों में से किसी एक में वापस भेजें।

आप आवेदन पत्र, वित्तीय सहायता नीति और इस सरल भाषा सारांश की मुफ्त कॉपी यहाँ से प्राप्त कर सकते हैं www.ynhhs.org/financialassistance या YNHHS अस्पताल की किसी भी वेबसाइट पर मेल द्वारा 855-547-4584 पर रोगी वित्तीय और प्रवेश सेवाओं को कॉल करें, या व्यक्तिगत रूप से हमारे अस्पताल से संबंधित सभी सुविधाओं में आपातकालीन विभागों (Emergency Departments) के साथ-साथ पंजीकरण क्षेत्रों में।

अनुवाद सेवाओं की उपलब्धता

सीमित अंग्रेज़ी दक्षता वाले कुछ समूहों के लिए, हमारी वित्तीय सहायता नीति, वित्तीय सहायता आवेदन और वित्तीय सहायता नीति का यह सरल भाषा में सारांश वेबसाइट पर उपलब्ध है। www.ynhhs.org/financialassistance और नीचे सूचीबद्ध अस्पताल की लोकेशंस पर।

अगर मेरे और सवाल हैं, तो इसके लिए किससे संपर्क कर सकता हूँ?

अधिक जानकारी के लिए या आवेदन पूरा करने में सहायता के मकसद से, रोगी वित्तीय और प्रवेश सेवाओं से संपर्क करें **855-547-4584**।

अतिरिक्त कार्यक्रम संबंधी विवरण

अस्पताल में बिस्तर के लिए फंड

कोई मरीज़ Yale New Haven Health hospital को दान की गई बेड निधि से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए योग्य हो सकता है, ताकि उन मरीज़ों को चिकित्सा देखभाल प्रदान की जा सके जो अस्पताल में देखभाल का खर्च वहन करने में असमर्थ हैं। ये फंड वित्तीय सहायता के लिए पूरे वित्तपोषण का एक छोटा सा हिस्सा होती हैं, जिसमें योग्यता के लिए दानदाता-प्रतिबंधों और, अगर लागू हो, तो फंड नामांकनकर्ताओं द्वारा किए गए नामांकन को ध्यान में रखा जाता है। सभी मरीज़ जो वित्तीय सहायता आवेदन भरेंगे, उन्हें ऑटोमेटिक तरीके से अस्पताल बिस्तर फंड के लिए विचार किया जाएगा।

शुल्क पर सीमा

वित्तीय सहायता के योग्य मरीज़ों से सामान्य रूप से आपातकालीन या अन्य चिकित्सकीय आवश्यक देखभाल के लिए बीमा वाले मरीज़ों को दी जाने वाली राशि की तुलना में अधिक शुल्क नहीं लिया जाएगा।

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

मैं वित्तीय सहायता के लिए कैसे आवेदन कर सकता हूँ?

Yale New Haven Health (येल न्यू हैवन हेल्थ) ज्यादातर वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के लिए एक आवेदन का उपयोग करता है, ताकि वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने की प्रक्रिया को आसान बनाया जा सके। आवेदन करने के लिए नीचे दिए गए चरणों को पूरा करें।

चरण 1: आवेदनपत्र को पूरा भरें।

कृपया सभी सवालों के जवाब दें और आवेदन पर हस्ताक्षर करें और तारीख डालें। अगर कोई सवाल आपके परिवार पर लागू नहीं होता है, तो कृपया दिए गए स्थान में "N/A" (लागू नहीं) लिखें।

चरण 2: अपने आवेदन में आय का प्रमाण अटैच करें। आय का प्रमाण एक ऐसा दस्तावेज़ है, जो यह दिखाता है कि आवेदन भरने के समय तक आपके परिवार की आय कितनी है। उपयोग किए जाने वाले दस्तावेज़ों के प्रकारों के लिए दाईं ओर का तालिका देखें।

चरण 3: आवेदन को मेल करें या हमसे मिलें। कृपया शामिल करें:

1. भरा गया, हस्ताक्षरित और तारीख के साथ आवेदनपत्र
2. आय का प्रमाण

✉ मेल द्वारा:

Yale New Haven Health
एसबीओ, ध्यान दें: Financial Assistance
PO BOX 1403
New Haven, CT 06505



फ़ैक्स द्वारा: 203-688-1640



व्यक्तिगत रूप से:

नीचे उल्लेखित हमारे किसी भी स्थान पर जाएँ:

Bridgeport Hospital
267 Grant Street, Bridgeport, CT

Bridgeport Hospital – Milford Campus
300 Seaside Ave, Milford, CT

Greenwich Hospital
5 Penyridge 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

अधिक जानकारी के लिए, हमारी वित्तीय सहायता नीति की निःशुल्क कॉपी प्राप्त करें, या आवेदन पूरा करने में सहायता प्राप्त करें।



फ़ोन के माध्यम से:

855-547-4584

सोमवार से शुक्रवार सुबह 7:30 बजे से
शाम 5 बजे तक



ऑनलाइन:

www.ynhhs.org/financialassistance

निम्नलिखित दस्तावेज़ों का इस्तेमाल आय के प्रमाण के रूप में किया जा सकता है:

<p>अगर इनसे आपकी पारिवारिक आय है...</p>	<p>आप आय के प्रमाण के रूप में इन दस्तावेज़ों की कॉपी को अटैच कर सकते हैं: (आपके ये दस्तावेज़ छह महीने से अधिक पुराने नहीं होने चाहिए, केवल नए Federal Tax Return (फ़ेडरल टैक्स रिटर्न) को छोड़कर, जो पुराना हो सकता है।)</p>
<p>मजदूरी (अगर आप वेतन या अन्य कोई काम करते हैं) प्रति घंटे भुगतान पाएँ एक नौकरी के लिए)</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ दो (2) सबसे नवीनतम भुगतान का बाकी हिस्सा, या □ आपके नियोक्ता का एक पत्र कंपनी लेटरहेड पर यह बताया गया है कि कैसे आप कितने घंटे काम करते हैं और प्रति घंटे आप कितना कमाते हैं (करो से पहले)
<p>स्व-नियोजित आय (अगर आप अपने लिए काम करते हैं)</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ नया Federal Income Tax Return (फ़ेडरल इनकम टैक्स रिटर्न) वापस करना
<p>लाभ (सामाजिक सुरक्षा, वयोवृद्ध, श्रमिक मुआवज़ा, बेरोजगारी, पेंशन, सेवानिवृत्ति निधि, सुरक्षा आय (Supplemental Security Income, SSI), गुज़ारा भत्ता), गुज़ारा भत्ता)</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ नवीनतम लाभ प्राप्ति पत्र, या □ लाभ संबंधी विवरण, या □ शेष हिस्सों की जाँच करें
<p>किराए से आय</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ पट्टे की कॉपी या लिखित कॉपी किराये की राशि दर्शाने वाला समझौता, या □ आपके द्वारा लिखा गया एक पत्र, आपको हर साल मिलने वाले किराए की राशि दर्शाना
<p>ब्याज, लाभांश या वार्षिकी भुगतान</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ नया Federal Income Tax Return (फ़ेडरल इनकम टैक्स रिटर्न) वापसी, या □ वित्तीय संस्थान से राशि बताने वाला विवरण और भुगतान की आवृत्ति और इस साल अब तक भुगतान की गई राशि
<p>अगर आपके पास कोई नहीं है आय</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ आपका सपोर्ट करने वाले द्वारा लिखित कोई पत्र, या □ अगर आपके पास कोई ऐसा व्यक्ति नहीं है जो आपका सपोर्ट हासिल करता है, अपनी मौजूदा वित्तीय स्थिति बताते हुए एक हस्ताक्षरित और दिनांकित पत्र भेजें

वित्तीय सहायता कार्यक्रमों (Financial Assistance Programs) के लिए आवेदनपत्र



Yale New Haven Health ज्यादातर वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के लिए एक आवेदनपत्र का उपयोग करता है। इस आवेदन को पूरा करने पर, आपको हमारे निःशुल्क देखभाल और रियायती देखभाल संबंधी कार्यक्रमों और अस्पताल में बिस्तर के लिए फंड देने पर विचार किया जाएगा। वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के दिशा-निर्देशों के लिए, कृपया पेज 2 देखें। अगर इस आवेदनपत्र से संबंधित कोई जवाब आप पूछना चाहते हैं, तो हमें 855-547-4584 पर कॉल करें।

1. रोगी संबंधी जानकारी:

अंतिम नाम	पहला नाम	जन्म तिथि
सड़क का पता		टेलीफोन नंबर
शहर	राज्य	ज़िप कोड
मेडिकल रिकॉर्ड संख्या (अगर उपलब्ध हो)		

2. पारिवारिक जानकारी: अपने जीवनसाथी और/या आपके घर में रहने वाले आश्रित बच्चों को सूची में शामिल करें। अविवाहित साथी को शामिल न करें। अगर और अधिक स्थान की आवश्यकता है, तो कृपया एक अलग दस्तावेज़ अटैच करें।

पारिवारिक सदस्य के नाम	आवेदक के साथ संबंध	जन्म तिथि

3. वित्तीय जानकारी: आपके और आपके जीवनसाथी के आय संबंधी जानकारी में सभी स्रोतों से होने वाले आय को शामिल करें। कृपया अपने आवेदन के साथ आय का प्रमाण अटैच करना न भूलें। आय का प्रमाण एक ऐसा दस्तावेज़ है, जो यह दिखाता है कि आवेदन भरने के समय तक आपके परिवार की आय कितनी है। आय के प्रमाण के रूप में उपयोग किए जा सकने वाले दस्तावेज़ों के प्रकारों के लिए पेज 2 पर दी गई तालिका देखें।

आय	मरीज़ राशि डालें घेरा: साप्ताहिक, द्विसाप्ताहिक, मासिक	जीवनसाथी राशि डालें घेरा: साप्ताहिक, द्विसाप्ताहिक, मासिक
सकल मज़दूरी/आय (कर से पहले)		
अन्य व्यक्ति द्वारा समर्थित		
बाल सहायता/ गुज़ारा भत्ता प्राप्त हुआ		
अयोग्यता संबंधी लाभ		
पेंशन से लाभ		
हासिल किराये की आय		
स्व-रोजगार या कृषि आय		
सामाजिक सुरक्षा/एसएसआई लाभ		
ट्रस्ट फंड/ विरासत		
बेरोज़गारी के लाभ		
कामगार संबंधी मुआवज़ा		
कुल आय		
अन्य		
तरल परिसंपत्तियाँ (ऐसी परिसंपत्तियाँ जिन्हें बिना मूल्य खोए, अल्प सूचना पर नकदी में बदला जा सकता है। उदाहरण के लिए, नकदी, सोना या विपणन के लायक प्रतिभूतियाँ)		

4. स्वास्थ्य बीमा:

क्या आप Medicare या Medicaid के साथ-साथ किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में हैं, या किसी अन्य देश से कवरेज हासिल है?

हाँ हीं

अगर हाँ, तो कृपया नीचे अपनी बीमा संबंधी जानकारी दर्ज करें:

बीमा धारक:	बीमाकर्ता:	पॉलिसी संख्या:
बीमा धारक:	बीमाकर्ता:	पॉलिसी संख्या:

4a. क्या आपका नियोक्ता आपके चिकित्सा खर्च का भुगतान करने में सहायता के लिए स्वास्थ्य बचत खाता (HSA) फंड को प्रायोजित करता है?

हाँ हीं

5. हस्ताक्षर करने से पहले कृपया, ध्यान से पढ़ें:

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने इस आवेदन में जो भी जानकारी भरी है और जो भी अटैचमेंट दिया है, सभी सत्य है।

- मैं समझता हूँ कि इस आवेदनपत्र में यदि कोई भी जानकारी गलत, अधूरी या असत्य पाई जाती है, तो वित्तीय सहायता के लिए मेरे आवेदन को अस्वीकार किया जा सकता है।
- मैं Yale New Haven Health को किसी भी और सभी तरह की जानकारी के सत्यापन की अनुमति देता हूँ।
- मैं Yale New Haven Health को अपनी क्रेडिट रिपोर्ट की मांग करने की अनुमति देता हूँ।
- अगर इस आवेदनपत्र द्वारा शामिल की गई सेवाओं के लिए मुकदमे से हासिल पुरस्कारों समेत किसी भी प्रकार का भुगतान प्राप्त करता हूँ, तो अपने वित्तीय सहायता की पूरी राशि चुकाने के लिए मैं सहमत हूँ।
- ऐसे किसी भी बदलाव के लिए Yale New Haven Health को सूचित करने को मैं सहमत हूँ, जिसके कारण वित्तीय सहायता के लिए मेरी योग्यता बदल सकती है।
- मैं समझता हूँ कि वित्तीय सहायता के लिए मेरे आवेदन के संबंध में, Yale New Haven Health को मेरी योग्यता तय करने के लिए मेरे बारे में प्रोटेक्टेड हेल्थ इंफॉर्मेशन (जैसा कि इस शब्द को स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी और जवाबदेही अधिनियम (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) प्राइवैसी रूल में परिभाषित किया गया है, 42 संघीय विनियमन संहिता (Code of Federal Regulations, CFR) भाग 160 से लेकर 164 तक) के खुलासे की ज़रूरत हो सकती है।
- मैं समझता हूँ कि ऐसा कोई भी खुलासा भुगतान के उद्देश्य से होगा, जैसा कि HIPAA Privacy Rule (HIPAA प्राइवैसी रूल) में परिभाषित किया गया है।

आवेदन करने वाले व्यक्ति या कानूनी अभिभावक का हस्ताक्षर

तारीख (MM/DD/YYYY)

आवेदन करने वाले व्यक्ति या कानूनी अभिभावक का मुद्रित नाम

अपने वित्तीय सहायता आवेदनपत्र के साथ आय का प्रमाण या समर्थन पत्र शामिल करना मत भूलें।

भरा गया आवेदनपत्र मेल करें:

Yale New Haven Health
एसबीओ, ध्यान दें: Financial Assistance
PO BOX 1403,
New Haven, CT 06505