

Riepilogo in forma semplificata della politica di sostegno finanziario

Yale New Haven Health (YNHHS) offre sostegno finanziario per cure di emergenza e altre cure mediche necessarie a pazienti non assicurati e sottoassicurati in linea con i seguenti criteri:

Se vivi negli Stati Uniti e sei (a) non assicurato e non idoneo a partecipare a un programma governativo di assistenza sanitaria o a sottoscrivere un piano sanitario in linea con i requisiti previsti dall'Affordable Care Act, oppure sei (b) sottoassicurato:

Assistenza gratuita

Potresti avere diritto a uno sconto pari all'intero importo dovuto (100%) se:

- Hai un reddito familiare inferiore o uguale al 250% della soglia di povertà federale.

Assistenza agevolata

Potresti avere diritto a uno sconto parziale sull'importo dovuto se:

- Hai un reddito familiare inferiore o uguale al 550% della soglia di povertà federale.

Indigenza dal punto di vista medico

Si potrà prendere in considerazione il sostegno finanziario, valutando caso per caso, anche per i pazienti che non soddisfino i criteri di reddito sopraindicati, ma le cui fatture mediche superino una determinata percentuale del reddito o del patrimonio familiare.

Domande frequenti

Qual è il livello di reddito massimo per essere idonei a partecipare ai programmi?

Per maggiori informazioni sul livello di reddito massimo per ciascun programma, visita il sito www.ynhhs.org/financialassistance.

Esistono altri requisiti per il sostegno finanziario?

Ai fini dell'idoneità, dovrai completare la richiesta di sostegno finanziario e presentare domanda per aderire a Medicaid o ad altri programmi che prevedono pagamenti tramite terzi eventualmente disponibili.

Quali casi rientrano nel sostegno finanziario?

I nostri programmi di sostegno finanziario coprono le cure di emergenza e altre cure mediche necessarie esclusivamente per le fatture emesse da Yale New Haven Health. Un link all'elenco dei fornitori convenzionati è reperibile all'indirizzo www.ynhhs.org/financialassistance.

Come verrò a sapere se la mia richiesta è stata approvata?

Risponderemo per iscritto a tutti coloro che presentano domanda. Se la tua richiesta viene rifiutata, potrai ripresentarla in qualunque momento. Ogni anno vengono resi disponibili ulteriori fondi di assistenza ospedalieri.

Modalità di presentazione della richiesta e come ottenere copie

Per presentare la richiesta, dovrai procurarti una copia del relativo modulo, indicare le informazioni richieste e consegnare il modulo a uno degli uffici di sostegno finanziario indicati di seguito.

È possibile ottenere una copia gratuita del modulo di richiesta, della politica di sostegno finanziario e di questo riepilogo in forma semplificata all'indirizzo www.ynhhs.org/financialassistance o su uno dei siti web degli ospedali YNHHS, inviando un'e-mail o chiamando i Patient Financial and Admitting Services al numero 855-547-4584, oppure presentandosi di persona in un'area di registrazione, anche nei reparti di pronto soccorso (Emergency Departments), presso una delle nostre strutture ospedaliere.

Disponibilità di servizi di traduzione

Le traduzioni della nostra politica di sostegno finanziario, del modulo di richiesta di sostegno finanziario e di questo riepilogo in forma semplificata della politica di sostegno finanziario sono disponibili per alcuni gruppi con una limitata conoscenza della lingua inglese sul sito web www.ynhhs.org/financialassistance presso le sedi ospedaliere indicate di seguito.

Chi posso contattare per ulteriori quesiti? Per maggiori informazioni e per richiedere assistenza nella compilazione della richiesta, chiama i Patient Financial and Admitting Services al numero **855-547-4584**.

Ulteriori informazioni sul programma

Fondi di assistenza ospedalieri

Un paziente può essere idoneo a ricevere il sostegno finanziario garantito da fondi di assistenza ospedalieri, che sono frutto di donazioni all'ospedale di Yale New Haven Health finalizzate a prestare cure mediche ai pazienti che potrebbero non essere in grado di permetterselo. Questi fondi rappresentano solo una piccola parte dei finanziamenti disponibili per il sostegno finanziario, e l'idoneità a riceverli viene determinata in base alle restrizioni volute dai donatori e, ove previsto, ai nomi dei candidati presentati dai designatori dei fondi. Tutti i pazienti che compilano la richiesta di sostegno finanziario verranno presi automaticamente in considerazione per l'assegnazione dei fondi di assistenza ospedalieri.

Limitazione alle spese

I pazienti idonei a ricevere il sostegno finanziario non saranno tenuti a pagare altri costi oltre gli importi generalmente addebitati ai pazienti provvisti di copertura assicurativa per cure di emergenza o altre cure mediche necessarie.

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

Come richiedere il sostegno finanziario?

Per rendere più facile la presentazione delle richieste, Yale New Haven Health si avvale di un modulo unico di richiesta per la maggior parte dei programmi di sostegno finanziario. Per presentare la richiesta, completa la seguente procedura.

Passaggio 1: Compila il modulo di richiesta.

Rispondi a tutte le domande, firma e indica la data. Se una domanda non si applica alla tua famiglia, scrivi "N/A" (non applicabile) nell'apposito spazio.

Passaggio 2: Allega l'attestazione di reddito alla richiesta. L'attestazione di reddito è un documento che indica il reddito della famiglia al momento della compilazione della richiesta. Consulta la tabella a destra per conoscere i tipi di documenti che è possibile presentare.

Passaggio 3: Invia per posta il modulo di richiesta oppure presentati di persona allo sportello per il pubblico.

- Dovrai includere:
1. La richiesta compilata, completa di firma e data
 2. L'attestazione di reddito

Indirizzo postale:

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

Numero di fax: 203-688-1640



Sportello per il pubblico:

Presentati allo sportello per il pubblico nelle seguenti sedi:

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

Per maggiori informazioni, richiedi una copia gratuita della nostra politica di sostegno finanziario oppure chiedi assistenza nella compilazione della richiesta.



Telefono:

855-547-4584
Da lunedì a venerdì,
dalle 7:30 am alle
5:00 pm



Online:

www.ynhhs.org/financialassistance

Come attestazione di reddito è possibile presentare i seguenti documenti:

<p>Se il reddito della tua famiglia proviene da...</p>	<p>Potrai allegare copie dei seguenti documenti come attestazione di reddito: (Tali documenti non devono essere stati emessi più di sei mesi fa, fatta eccezione per l'ultima dichiarazione federale dei redditi, che può essere precedente).</p>
<p>Salari (se percepisci un salario o ricevi una retribuzione oraria per una mansione)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Due (2) delle buste paga più recenti, OPPURE <input type="checkbox"/> Una lettera del tuo datore di lavoro su carta intestata della società in cui si dichiara il numero di ore lavorate e la retribuzione oraria percepita (al netto delle imposte)
<p>Reddito da lavoro autonomo (se svolgi un lavoro autonomo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ultima dichiarazione federale dei redditi
<p>Sussidi (Previdenza sociale, status di veterano, infortunio sul lavoro, sussidio di disoccupazione, pensioni, fondi pensione, reddito da previdenza sociale, assegni di mantenimento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lettera di riconoscimento dei sussidi più recente, OPPURE <input type="checkbox"/> Estratto conto dei sussidi, OPPURE <input type="checkbox"/> Matrici di assegni
<p>Reddito da locazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copia del contratto di affitto o accordo scritto che indichi l'importo dell'affitto, OPPURE <input type="checkbox"/> Lettera scritta di tuo pugno in cui viene indicato l'importo dell'affitto ricevuto per singolo anno
<p>Pagamenti di interessi, dividendi o rendite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ultima dichiarazione federale dei redditi, OPPURE <input type="checkbox"/> Estratto conto dell'istituto finanziario in cui viene dichiarato l'importo e la frequenza dei pagamenti e l'importo pagato dall'inizio dell'anno
<p>Se non hai reddito</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Una lettera della persona che ti assiste, OPPURE <input type="checkbox"/> Se non hai una persona che ti assiste, invia una lettera completa di data e firma che attesti la tua situazione finanziaria attuale

Richiesta di partecipazione ai programmi di sostegno finanziario



Yale New Haven Health si avvale di un modulo unico di richiesta per la maggior parte dei programmi di sostegno finanziario. Compilando la presente richiesta, verrai preso in considerazione per la partecipazione ai programmi di assistenza gratuita e assistenza agevolata e per i fondi di assistenza ospedalieri. Per istruzioni su come richiedere il sostegno finanziario, vai a pagina 2. Per eventuali domande sulla presente richiesta, chiama il numero **855-547-4584**.

1. Dati del paziente:

_____	_____	_____
Cognome	Nome	Data di nascita
_____	_____	_____
Indirizzo		Numero di telefono
_____	_____	_____
Città	Stato	Codice postale
		Numero di cartella clinica (se disponibile)

2. Informazioni sulla famiglia:

Indica il coniuge e/o eventuali figli a carico nel tuo nucleo familiare. Non includere partner non sposati. Se occorre altro spazio, allega un foglio separato.

Nome del familiare	Rapporto con il/la richiedente	Data di nascita

3. Informazioni finanziarie:

Indica tutte le informazioni su eventuali fonti di reddito per te e per il coniuge. Ricorda di allegare l'attestazione di reddito alla richiesta. L'attestazione di reddito è un documento che indica il reddito della famiglia al momento della compilazione della richiesta. Consulta la tabella a pagina 2 per conoscere i tipi di documenti che è possibile presentare come attestazione di reddito.

Reddito	Paziente Indica un importo Cerchia: settimanale, bisettimanale, mensile	Coniuge Indica un importo Cerchia: settimanale, bisettimanale, mensile
Salario/reddito lordo (al netto delle imposte)		
Sostegno da parte di un'altra persona		
Assegni di mantenimento o alimenti		
Sussidi per disabilità		
Sussidi pensionistici		
Redditi da locazione percepiti		
Redditi da lavoro autonomo o agricolo		
Sussidi di previdenza sociale		
Eredità o fondi fiduciari		
Sussidi di disoccupazione		
Sussidi per infortuni sul lavoro		
REDDITO TOTALE		
ALTRO		
Beni liquidi (beni che è possibile scambiare con somme in contanti anche con poco preavviso senza che perdano valore, ad esempio contanti, oro o titoli negoziabili)		

4. Assicurazione sanitaria:

Disponi della copertura di una polizza assicurativa sanitaria, inclusa Medicare o Medicaid, o di forme di copertura presso un altro Paese?

SÌ NO

Se sì, indica di seguito le relative informazioni:

Titolare della polizza:	Compagnia di assicurazione:	N. polizza:
Titolare della polizza:	Compagnia di assicurazione:	N. polizza:

4a. Il tuo datore di lavoro promuove l'adesione a un fondo di risparmio sanitario (Health Saving Account, HSA) per ricevere assistenza nel pagamento delle spese mediche?

SÌ NO

5. Leggi attentamente prima di firmare:

Apponendo la mia firma, certifico che tutto ciò che ho dichiarato nella presente richiesta e negli eventuali allegati corrisponde al vero.

- Sono consapevole del fatto che l'indicazione di informazioni errate, incomplete o false nel presente modulo può avere come conseguenza il rifiuto della mia richiesta di sostegno finanziario.
- Concedo a Yale New Haven Health l'autorizzazione a verificare tutte le informazioni.
- Concedo a Yale New Haven Health l'autorizzazione a richiedere la certificazione del mio livello di solvibilità.
- Accetto di rimborsare l'importo totale percepito a titolo di sostegno finanziario qualora ricevessi pagamenti di qualunque tipo, inclusi risarcimenti per cause legali, per i servizi coperti da tale richiesta.
- Accetto di informare Yale New Haven Health di eventuali variazioni che possono modificare la mia idoneità a ricevere il sostegno finanziario.
- Sono consapevole che in relazione alla mia richiesta di sostegno finanziario, Yale New Haven Health può avere la necessità di comunicare informazioni sanitarie protette (secondo la definizione di questo termine nella normativa sulla privacy contenuta nell'HIPAA, 42 CFR Parti 160-164) che mi riguardano, al fine di determinare la mia idoneità.
- Sono consapevole che tale comunicazione verrà effettuata per finalità di pagamento, secondo quanto definito nella normativa sulla privacy contenuta nell'HIPAA.

Firma del richiedente o del tutore legale

Data (MM/DD/YYYY)

Nome in stampatello del richiedente o del tutore legale

Ricorda di allegare l'attestazione di reddito o una lettera di sostegno alla tua richiesta di sostegno finanziario.

Invia la richiesta completa per posta a:

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