

재정 지원 정책 일반 언어 요약

Yale New Haven Health(YNHHS)는 다음 기준을 충족하는 보험에 가입하지 않은 환자 및 보장이 적은 보험에 가입한 환자에게 응급 및/또는 의학적으로 필요한 치료에 대한 재정 지원을 제공합니다.

귀하가 미국에 거주하고 (a) 보험에 가입하지 않은 상태이며 저렴한 의료법(Affordable Care Act)을 통해 제공되는 정부 의료 혜택 프로그램이나 적격 건강 플랜에 대한 자격이 없는 경우 또는 (b) 보장이 적은 보험에 가입한 경우:

무상 진료

다음과 같은 경우 지불해야 하는 금액 중 전액(100%)에 대해 할인을 받을 수 있습니다.

- 가족 소득이 연방 빈곤 수준의 250% 이하인 경우.

할인 진료

다음과 같은 경우 지불해야 하는 금액 중 일부에 대해 할인을 받을 수 있습니다.

- 가족 소득이 연방 빈곤 수준의 550% 이하인 경우.

의료 빈곤층

위의 소득 기준을 충족하지 못하지만 의료비가 가족 소득이나 자산의 일정 비율을 초과하는 환자에게도 사례별로 재정 지원을 고려할 수 있습니다.

자주 묻는 질문

프로그램에 대한 자격을 갖추기 위한 최대 소득 수준은 얼마입니까?

각 프로그램에 대한 최대 소득 수준의 자세한 정보는 www.ynhhs.org/financialassistance에서 확인할 수 있습니다.

재정 지원에 대한 다른 자격 조건이 있습니까?

자격을 갖추려면 재정 지원 신청서를 작성하고 Medicaid 또는 이용 가능한 기타 제3자 지불 프로그램을 신청하는 데 협조해야 합니다.

재정 지원을 통해 보장되는 사항은 무엇입니까?

재정 지원 프로그램(Financial Assistance Program)은 Yale New Haven Health의 청구서에 대해서만 응급 및 기타 의학적으로 필요한 진료를 보장합니다. 보장 의료 서비스 제공자의 목록에 대한 링크는 www.ynhhs.org/financialassistance에서 확인할 수 있습니다.

내 신청이 승인되었는지 어떻게 알 수 있습니까?

각 신청에 대해 서면으로 답변해 드릴 것입니다. 신청이 거부된 경우 언제든지 다시 신청할 수 있습니다. 매년 추가적인 병상 기금이 제공됩니다.

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

신청 방법 및 사본을 수령할 수 있는 장소

신청하려면 신청서를 수령하고 필요한 정보를 작성한 후 아래에 있는 재정 지원 사무소 중 한 곳으로 신청서를 제출하십시오.

www.ynhhs.org/financialassistance 또는 YNHHS 병원

웹사이트에서 신청서, 재정 지원 정책 및 이 일반 언어 요약의 사본을 무료로 이용할 수 있으며, 우편으로 수령하거나, 환자 재정 및 입원 서비스 부서에 855-547-4584번으로 전화하여 수령하거나, 모든 병원 시설의 응급실(Emergency Department)을 포함한 등록 구역을 직접 방문하여 수령할 수 있습니다.

번역 서비스 이용 가능

영어 능력이 제한된 특정 그룹의 경우, 재정 지원 정책, 재정 지원 신청서 및 재정 지원 정책의 일반 언어 요약에 대한 번역본을 웹사이트 www.ynhhs.org/financialassistance와 아래에 나열된 병원에서 확인할 수 있습니다.

추가 질문이 있을 경우 누구에게 연락해야 합니까?

자세한 내용을 알아보거나 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하면 환자 재정 및 입원 서비스 부서에 855-547-4584번으로 문의하십시오.

추가 프로그램 세부 정보

병상 기금

환자는 병원 치료비를 감당할 수 없는 환자에게 의료 서비스를 제공하기 위해 Yale New Haven Health 병원에 기부된 병상 기금을 통해 재정 지원을 받을 수 있습니다. 이러한 기금은 기부자 제한 및 해당되는 경우 기금 지명자의 지명을 고려하여 자격을 갖춘 재정 지원을 위한 전체 기금의 일부를 차지합니다. 재정 지원 신청서를 작성하는 모든 환자는 자동으로 병상 기금에 대한 고려 사항이 됩니다.

의료비 제한

재정 지원에 대한 자격이 있는 환자에게는 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 진료에 대해 보험에 가입한 환자에게 "일반적으로 청구되는 금액"을 초과하는 금액을 청구하지 않습니다.

재정 지원은 어떻게 신청합니까?

재정 지원을 쉽게 신청할 수 있도록 Yale New Haven Health는 재정 지원 프로그램에 대해 하나의 신청서를 사용합니다. 신청하려면 아래의 단계를 완료하십시오.

1단계: 신청서를 작성하십시오.

모든 질문에 답하고 신청서에 서명과 날짜를 기재하십시오. 질문이 귀하의 가구에 해당하지 않는 경우 제공된 빈 공간에 "N/A"(해당 없음)를 기재해 주십시오.

2단계: 신청서에 소득 증빙 자료를 첨부하십시오. 소득 증빙 자료는 신청서 작성 시점에 귀하의 가구 소득이 얼마인지를 보여주는 문서입니다. 사용할 수 있는 문서의 유형은 오른쪽 표에서 확인하십시오.

3단계: 신청서를 우편으로 발송하거나 직접 방문하여 제출하십시오.

제출 서류는 다음과 같습니다.

1. 작성하고, 서명하고, 날짜를 기재한 신청서
2. 소득 증빙자료

우편:

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



팩스: 203-688-1640



직접 방문:

아래 병원 지점 중 한 곳에 방문해 주십시오.

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

자세한 정보를 알고 싶으시면 재정 지원 정책의 무료 사본을 받거나 신청서를 작성하는 데 도움을 받으십시오.



전화:

855-547-4584
월요일~금요일, 오전 7시
30분~오후 5시



온라인:

www.ynhhs.org/financialassistance

소득 증빙 자료로 사용할 수 있는 문서

<p>가구의 소득 출처</p>	<p>소득 증빙자료로 첨부할 수 있는 문서의 사본:(이러한 문서는 6개월이 지나지 않은 문서(더 오래 전 날짜의 문서일 수 있는 가장 최근의 연방 소득 신고서는 제외)여야 합니다.)</p>
<p>임금 (월급을 받거나 시간당 급여를 받는 경우)</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 가장 최근의 급여명세서 2부 또는 □ 귀하가 근무한 시간과 시간당 소득(세전)이 명시된 회사 레터헤드의 고용주가 보낸 서신
<p>자영업자 소득 (자영업자인 경우)</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 가장 최근 연방 소득세 환급금
<p>혜택 (사회보장 혜택, 재향군인 혜택, 산재 보상, 실업 급여, 연금, 퇴직금, 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI), 위자료)</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 가장 최근의 혜택 수혜 서신 또는 □ 혜택 명세서 또는 □ 보관용 수표
<p>임대 소득</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 임대료 금액이 기재된 임대차 계약서나 서면 계약서 사본 또는 □ 귀하가 연간 받는 임대료 금액이 명시된 귀하가 작성한 서신
<p>이자, 배당금 또는 연금 지급금</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 가장 최근의 연방 소득세 환급금 또는 □ 올해부터 현재까지 지급된 금액, 지급 빈도 및 금액을 명시한 금융 기관의 설명서
<p>소득이 없는 경우</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 귀하의 상황을 뒷받침하는 개인의 서신 또는 □ 귀하를 부양할 사람이 없다면 귀하의 현재 재정 상황을 설명하는, 서명과 날짜가 기재된 서신을 보내 주십시오

재정 지원 프로그램 신청서



Yale New Haven Health는 대부분의 Financial Assistance Program에 대해 하나의 신청서를 사용합니다. 귀하가 이 신청서를 작성하면 무료 치료 및 할인 치료 프로그램과 병상 기금의 고려 대상이 됩니다. 재정 지원 신청 방법에 대한 지침은 2페이지를 참조하십시오. 이 신청서에 대한 질문이 있는 경우 **855-547-4584**번으로 전화해 주십시오.

1. 환자 정보:

_____	_____	_____
성	이름	생년월일
_____	_____	_____
거리 주소		전화번호
_____	_____	_____
시	주	우편번호
		의료 기록 번호(해당되는 경우)

2. 가족 정보: 귀하의 가구에 거주하고 있는 배우자 및/또는 피부양자인 자녀를 나열하십시오. 결혼하지 않은 파트너는 포함하지 마십시오. 더 많은 공간이 필요한 경우 별도의 문서를 첨부하십시오.

가족 구성원 이름	신청인과의 관계	생년월일

3. 재무 정보: 본인 및 배우자에 대한 모든 소득원 정보를 기재해 주십시오. 신청서에 소득 증빙 자료를 첨부하는 것을 잊지 마십시오. 소득 증빙 자료는 신청서 작성 시점에 귀하의 가구 소득이 얼마인지를 보여주는 문서입니다. 소득 증빙 자료로 사용할 수 있는 문서의 유형은 2페이지의 표를 참조하십시오.

소득	환자 금액 기재 동그라미 표시: 주간, 격주, 월간	배우자 금액 기재 동그라미 표시: 주간, 격주, 월간
총 임금/수입(세전)		
다른 개인의 지원		
수령한 양육비/위자료		
장애 수당		
연금 수당		
수령한 임대 소득		
자영업 또는 농업 관련 소득		
사회 보장/SSI 혜택		
신탁 기금/유산		
실업 급여		
산재 보상		
총 소득		
기타		
유동자산(가치 손실 없이 단기간에 현금으로 교환할 수 있는 자산. 예: 현금, 금 또는 시장성 있는 유가증권)		

4. 건강 보험

귀하는 Medicare 또는 Medicaid 등 건강 보험의 보장을 받고 있거나 다른 국가의 보장을 받고 있습니까?
 예 아니요

예라고 답한 경우, 아래에 귀하의 보험 정보를 기재하십시오.

보험 계약자:	보험사:	보험 증권 번호:
보험 계약자:	보험사:	보험 증권 번호:

4a. 귀하의 고용주가 의료비 지불에 도움이 되는 건강저축계좌(Health Saving Account, HSA) 기금을 후원합니까?

예 아니요

5. 서명하기 전에 다음 사항을 주의 깊게 읽어주십시오.

아래에 서명함으로써 본인은 본 신청서와 첨부 서류에 명시한 모든 내용이 진실임을 증명합니다.

- 본인은 본 양식에 부정확하거나, 불완전하거나, 거짓된 정보가 있을 시 재정 지원 신청서가 거부될 수 있다는 것을 이해합니다.
- 본인은 Yale New Haven Health가 모든 정보를 검증할 수 있도록 허가합니다.
- 본인은 Yale New Haven Health가 본인의 신용 보고서를 요청하도록 허가합니다.
- 본인은 본 신청서에 포함된 서비스에 대해 소송에서 승소하여 배상금을 받는 경우, 그 금액을 포함한 재정 지원 보상금 전액을 상환하는 데 동의합니다.
- 본인은 재정 지원 자격 여부를 변경할 수 있는 변경 사항을 Yale New Haven Health에 통지하는 데 동의합니다.
- 본인은 재정 지원에 대한 신청서와 관련하여 Yale New Haven Health가 본인의 자격 여부를 판단하기 위해 본인에 대한 보호 대상 건강 정보(미국 건강 보험 양도 및 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 개인정보 보호 규칙, 42 연방 규정집(Code of Federal Regulations, CFR) 파트 160~164에서 정의한 용어)을 공개해야 할 수도 있음을 이해합니다.
- 본인은 이러한 공개가 모두 HIPAA 개인정보 보호 규칙에서 정의된 대로 지급하기 위한 것임을 이해합니다.

신청하는 개인 또는 법적 보호자의 서명

날짜(월/일/년)

신청하는 개인 또는 법적 보호자의 정자체 이름

재정 지원 신청서에 소득 증빙자료 또는 귀하의 상황을 뒷받침하는 서신을 첨부해 주십시오.

신청서를 우편 발송할 주소:

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