

د مالي مرستې د تگلارې د ساده ژبې لنډيز

څرنگه کولی شئ غوښتنلیک وسپارئ او چپرتنه يې کاپې ترلاسه کولی شئ

د غوښتنلیک لپاره، يو غوښتنلیک ترلاسه کړئ، ارين معلومات يې بشپړ کړئ او ياد غوښتنلیک زموږ د مالي مرستې دفترونو څخه يو ته چې لاندې موقعيت لري بېرته وسپارئ.

تاسو کولی شئ د غوښتنلیک، مالي مرستې د تگلارې او د دې ساده ژبې لنډيز وړيا کاپې ته په www.ynhhs.org/financialassistance ياد YNHHS روغتون له وېب پاڼو څخه کوم يو ته لاسرسی، د برېښنالیک له لارې د ناروغانو مالي او داخلي خدماتو ته په 855-547-4584، يا په حضورې بڼه د نوم لیکني په سيمو کې چې پکې، بېرني ځانگي، زموږ د روغتون ټول مرکزونه پکې شاملېږي، لاسرسی پيدا کړئ.

د تحريري ژبې د خدماتو چوپړتياوي

د هغو ځانگړو بلو لپاره چې د انگليسي ژبې محدود مهارت لري، زموږ د مالي مرستې تگلاره، د مالي مرستې غوښتنلیک ژباړې او د مالي مرستې د تگلارې اړوند په ساده ژبه دغه لنډيز په www.ynhhs.org/financialassistance وېب پاڼه او د روغتون په لاندې ذکر شويو ځايونو کې شتون لري.

که زه نوري پوښتنې ولرم نو له چا سره اړیکه نيولی شم؟

د نورو معلوماتو لپاره يا د غوښتنلیک په بشپړولو کې د مرستې لپاره، د ناروغانو مالي او داخلي خدماتو سره په 855-547-4584 شمېره اړیکه ونیسئ.

د برنامې نور جزیات

د روغتون د بستر فنډونه

يو ناروغ کولی شي د بستر له فنډونو څخه د مالي مرستې د ترلاسه کولو وړ وي چې د Yale New Haven Health روغتون ته ورکړل شوي ترڅو ناروغانو ته هغه طبي پاملرنه چمتو کړي چې ښايي د روغتون پاملرنې توان ونه لري. دا فنډونه د مالي مرستې لپاره د ټول تمویل يوه کوچنۍ برخه جوړوي چې وړتيا يې د بسپنه ورکونکو محدودیتونو او که چېرې د تطبیق وړ وي، د فنډ د نوماندانو له لوري نومونې په پام کې نیولو سره ترسره شي. ټول هغه ناروغان چې د مالي مرستې غوښتنلیک دکوي په خپلسري ډول به د روغتون د بستر د فنډونو لپاره په پام کې ونیول شي.

د لګښتونو محدودیت

هغه ناروغان چې د مالي مرستې مستحق دي، د بېرني يا نورو طبي اړینې پاملرنې لپاره د بیمې لرونکو ناروغانو څخه د "بیل د عمومي مقدار" څخه ډېر نه اخیستل کېږي.

Yale New Haven Health (YNHHS) د هغو بې بیمې او کم بیمې ناروغانو لپاره چې لاندې معیارونه پوره کوي، د بېرني او/یا طبي پلوه اړینې پاملرنې لپاره مالي مرسته چمتو کوي:

که تاسو په متحده ایالاتو کې ژوند کوئ او (a) بې بیمه یاست او د کومې دولتي روغتیايي پاملرنې د امتیازاتو د برنامې یا د ارزانه پاملرنې قانون له لارې د ور روغتیايي پلان لپاره وړ نه یاست، یا (b) کم بیمه شوي یاست:

وړيا پاملرنه

تاسو ښايي له هغه مقدار څخه چې په تاسو باندې پور وي د بشپړ (100%) تخفیف لپاره وړ یاست که چېرې:

- ستاسو کورنۍ د فدرالي بې وزلۍ د کچې له 250% څخه کم یا مساوي عاید لري.

تخفیف لرونکې پاملرنه

تاسو ښايي له هغه مقدار څخه د جزوي تخفیف لپاره وړ یاست چې په تاسو باندې پور وي که چېرې:

- ستاسو کورنۍ د فدرالي بې وزلۍ د کچې له 550% څخه کم یا مساوي عاید لري.

طبي پلوه بې وزله

د د مالي مرستې لپاره غور هغو ناروغانو ته هم کېدلی شي چې پورته د عاید معیارونه نه پوره کوي، خو د دوی طبي بیلونه د کورنۍ د عایداتو یا شتمنیو له یوې ټاکلې سلنې څخه زیات وي.

په مکرر ډول پوښتنل شوي پوښتنې

د اړونده برنامو لپاره د وړتیا په موخه د عاید اعظمي کچه څومره ده؟

د هرې برنامې د اعظمي عاید د کچې په اړه د جزیاتو لپاره، www.ynhhs.org/financialassistance ته مراجعه وکړئ.

ایا د مالي مرستې لپاره نوري وړتیاوي هم شته؟

د ور کېدو لپاره تاسو باید د مالي مرستې د غوښتنلیک د بشپړولو او د میډیک اېډ یا کوم بل دریم اړخ د تادیي د برنامو لپاره چې ښايي شتون ولري د غوښتنلیک په سپارلو کې همکاري وکړئ.

په مالي مرسته کې کوم موارد شاملېږي؟

زموږ د مالي مرستې برنامې یواځې د Yale New Haven Health د بیلونو لپاره بېرني او نوري طبي اړینې پاملرنې پوښي. د پوښتن شويو چمتو کونکو لیست ته لینک په www.ynhhs.org/financialassistance کې موندلی شئ.

څرنگه کولی شم پوه شم چې زما غوښتنلیک تصویب شوی دی؟

موږ به هرې غوښتنې ته په لیکلې بڼه ځواب ووايو. که ستاسو غوښتنلیک رد شي، تاسو کولی شئ په هر وخت کې ورته بیا غوښتنلیک وسپارئ. هر کال د روغتون د بستر اضافي فنډونه شتون لري.

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

لاندې اسناد د عايد د ثبوت په توگه کارول کېدلی شي:

څرنگه کولی شم د مالي مرستې لپاره غوښتنلیک وسپارم؟

د مالي مرستې لپاره د غوښتنلیک د اسانه کولو په موخه، Yale New Haven Health د خپلې مالي مرستې د برنامې لپاره یو غوښتنلیک کاروي. د غوښتنلیک د سپارلو لپاره، لاندې پړاوونه بشپړ کړئ.

| | |
|--|---|
| <p>تاسو کولی شئ د دې اسنادو کاپي د عايد د ثبوت په توگه ضمیمه کړئ: (دا اسناد باید له شپږو میاشتو څخه زیات پخواني نه وي، پرته له دې چې ستاسو وروستی ورکړل شوی فدرالي مالیه وي، کوم چې کولی شي پخوانی هم وي.)</p> | <p>که ستاسو د کورنۍ عاید له ... څخه وي</p> |
| <p>د تادیاتو (2) وروستي رسيدونه، یا ستاسو له کارگمارونکي څخه یو لیک په د شرکت له لوري نښان لرونکی مکتوب چې تاسو څومره ساعتونه کار کوئ او په ساعت کې څومره معاش لری (له مالیه ورکولو پرته)</p> | <p>ساعتوار معاشونه (که تاسو میاشتنی معاش تر لاسه کوئ یا د ساعت په حساب پیسې تر لاسه کوئ د یوې دندې لپاره)</p> |
| <p>د فدرالي عایداتو د وروستی مالیه رسید</p> | <p>د آزاد کاروبار عاید (که تاسو آزاد کاروبار کوئ)</p> |
| <p>د امتیازاتو د ورکړې وروستی لیک یا مکتوب، یا د امتیازاتو بیانیه، یا د چپک رسيدونه</p> | <p>امتیازات (ټولنیز امنیت، پخوانی پوځي، کارگران تادیه، بی کاري، تقاعد، د تقاعد فنډونه، SSI، نفقه)</p> |
| <p>د کرایې تړون یا لیکل شوی تړون چې د کرایې اندازه ښيي، یا ستاسو له لوري لیکل شوی مکتوب یا لیک چې، د هغه کرایې اندازه ښيي چې تاسو یې په یوه کال کې تر لاسه کوئ</p> | <p>د کرایې عاید</p> |
| <p>د فدرالي عایداتو د وروستی مالیه رسید، یا د مالي ادارې بیانيې چې مقدار چې د اړونده تادیاتو مقدار او د تادیاتو تکرار او هغه مقدار چې سړ کال تر نن نېټې پورې ورکړل شوی دی</p> | <p>سود، گټې، یا کلنی ونډې په گوته کوي</p> |
| <p>د هغه چا له لوري مکتوب یا لیک چې ستاسو ملاتړ کوي، یا که تاسو داسې څوک نه لری چې ستاسو ملاتړ کوي، یو لاسلیک شوی او نېټه لرونکی مکتوب ولېږئ چې ستاسو اوسنی مالي وضعیت تشریح کوي</p> | <p>که چېرې تاسو عاید ولري</p> |

1 لم پړاو: اړونده غوښتنلیک بشپړ کړئ.

مهرباني وکړئ ټولو پوښتنو ته ځواب ورکړئ او غوښتنلیک لاسلیک او نېټه پرې ولیکئ. که کومه پوښتنه ستاسو په کورنۍ باندې نه پلي کېږي، مهرباني وکړئ په ورکړل شوي ځای کې "N/A" (د پلي کېدو وړ نه ده) ولیکئ.

2 یم پړاو: د خپل غوښتنلیک سره د عاید ثبوت ضمیمه کړئ.

د عاید ثبوت یو سند دی چې ښيي چې ستاسو کورنۍ د غوښتنلیک دکولو په وخت کې څومره عاید تر لاسه کوي. د هغو اسنادو ډولونو لپاره چې کارول کېدلی شي، په ښي اړخ کې شته جدول وگورئ.

3 یم پړاو: اړونده غوښتنلیک د پوستي صندوق له لارې ولېږئ یا په حضورې بڼه مور سره لیدنه وکړئ.

مهرباني وکړئ دا شیان پکې شامل کړئ:
 1. بشپړ شوی، لاسلیک شوی او نېټه ورکړل شوی غوښتنلیک
 2. د عاید ثبوت

د پوستي صندوق له لارې: 

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

د فکس له لارې:  203-688-1640

په حضورې بڼه: 

زموږ په لاندې ځایونو کې له مور سره لیدنه وکړئ:

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

د نورو معلوماتو لپاره، زموږ د مالي مرستې د تگلارې وړیا کاپي تر لاسه کړئ، یا د غوښتنلیک په بشپړولو کې د مرستې لپاره.



آنلاین:

www.ynhhs.org/financialassistance



د تلیفون له لارې:

855-547-4584

له دوشنبې تر جمعي، د سهار له 7:30 تر ماښام 5 بجې

د مالي مرستې د برنامو لپاره غوښتنلیک

Yale New Haven Health د ډېرې مالي مرستې د برنامو لپاره يو غوښتنلیک کاروي. د دې غوښتنلیک په بشپړولو سره به، تاسو زموږ د وړيا پاملرنې او تخفیف لرونکي پاملرنې د برنامو او د روغتون د بستر د فنډونو لپاره په پام کې ونیول شئ. د مالي مرستې لپاره د غوښتنلیک ورکولو د لارښوونو لپاره، مهرباني وکړئ 2یمې پاڼې ته مراجعه وکړئ. که تاسو د دې غوښتنلیک په اړه کومه پوښتنه لرئ، نو موږ ته په 855-547-4584 شمېره زنگ ووهئ.

1. د ناروغ معلومات:

| | | |
|------------|-----------|-----------------------------------|
| وروستی نوم | لومړی نوم | د زېږېدو نېټه |
| د سرک پته | ایالت | د تلیفون شمېره |
| ښار | ساحوي کور | د طبي سوابقو شمېره (که شتون ولري) |

2. د کورنۍ معلومات: خپله مېرمن او/یا ستاسو په کورنۍ کې د ژوند کولو پورې تړلي ماشومان ذکر کړئ. غیر واده شوي د ژوند ملګري یې هم شاملوئ. که ډېر ځای ته اړتیا وي، مهرباني وکړئ یو جلا پاڼه ورسره ضمیمه کړئ

| د کورنۍ د غړي نوم | له غوښتنلیک سپارونکي سره یې اړیکه | د زېږېدو نېټه |
|-------------------|-----------------------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3. مالي معلومات: ستاسو او ستاسو د میرمنې د عاید د ټولو سرچینو په اړه معلومات شامل کړئ. مهرباني وکړئ په یاد ولرئ چې له خپل غوښتنلیک سره د عاید ثبوت ضمیمه کړئ. د عاید ثبوت یو سند دی چې ښيي چې ستاسو کورنۍ د غوښتنلیک ډکولو په وخت کې څومره عاید تر لاسه کوي. د هغو اسنادو د ډولونو لپاره چې د عاید د ثبوت په توګه کارول کېدلی شي، د 2یمې پاڼې جدول ته مراجعه وکړئ.

| عاید | ناروغ | مېرمن/خاوند |
|---|---|---|
| مقدار یې ولیکئ کری تری راتاو کړئ: اوونیزه، دوه اوونیزه، میاشتنی | مقدار یې ولیکئ کری تری راتاو کړئ: اوونیزه، دوه اوونیزه، میاشتنی | مقدار یې ولیکئ کری تری راتاو کړئ: اوونیزه، دوه اوونیزه، میاشتنی |
| ناخالص ساعتوار معاشونه / عایدات (له مالیاتو څخه مخکې) | | |
| د بل فرد له لوري یې ملاتړ شوی | | |
| د ماشومانو د ملاتړ / نفقه لپاره تر لاسه شوي | | |
| د معلومات امتیازات | | |
| د تقاعد امتیازات | | |
| د کرایې تر لاسه شوی عاید | | |
| د آزاد کاروبار یا د کرنې او مالدارۍ عایدات | | |
| د ټولنیز امنیت / SSI امتیازات | | |
| د امانت فنډونه / میراث | | |
| د بې کارۍ امتیازات | | |
| د کارګر جبران | | |
| ټولټال عایدات | | |
| نور | | |
| جاري شتمنی (هغه شتمنی چې په لنډ وخت کې د نغدو پیسو سره تبادله کېدلی شي، پرته له دې چې ارزښت له لاسه ورکړي. د بېلګې په توګه، نغدې پیسې، سره زر، یا د بازار وړ تضمینات) | | |

4. روغتيايي بيمه:

آيا تاسو د روغتيايي بيمې د کومې داسې تگلارې لاندې پوښل شوي ياست چې پکې، ميډيک اېپير، يا ميډيک اېډ، يا د بل هېواد پوښن شتون ولري؟
 نه هو

که ځواب هو وي، مهرباني وکړئ لاندې د خپل بيمې معلومات دننه کړئ:

| | | |
|-----------------|--------------|------------------|
| د تگلارې شمېره: | بيمه کوونکی: | د تگلارې لرونکی: |
| د تگلارې شمېره: | بيمه کوونکی: | د تگلارې لرونکی: |

a4. آيا ستاسو کارگمارونکی ستاسو د طبي لگښتونو د تادبي لپاره د روغتيايي سپما حساب (Health Saving Account, HSA) فند تمويل کوي؟ هو نه

5. مهرباني وکړئ له لاسليک کولو مخکې يې په غور سره ولولئ:

لاندې له لاسليک کولو سره، زه تصديق کوم چې هرڅه چې ما په دې غوښتنليک کې ويلي دي او ټول ضميمه شوي اسناد ريښتيني دي.

زه پوهېږم چې په دې فورمه کې هر ډول تېروتنکي، نيمگري، يا غلط معلومات کولی شي زما د مالي مرستې د غوښتنليک د ردولو پایله ولري.

زه Yale New Haven Health ته اجازه ورکوم چې هر ډول او ټول معلومات تاييد کړي.

زه Yale New Haven Health ته اجازه ورکوم چې زما د کړېدېت د راپور غوښتنه وکړي.

زه موافق يم چې د خپلې مالي مرستې بشپړې پيسې بېرته ورکړم که چېرې زه د دې غوښتنليک لاندې د پوښل شويو خدماتو لپاره د هر ډول پيسو په گډون، د دعوی څخه د انعامونو په گډون، تر لاسه کړم.

زه موافق يم چې د Yale New Haven Health ادارې ته د هر هغه بلون په اړه خبر ورکړم چې کولی شي زما د مالي مرستې په وړتيا کې بلون رامنځته کړي.

زه په دې پوهېږم چې د مالي مرستې لپاره زما د غوښتنليک په تړاو، Yale New Haven Health ښايي زما په اړه د خوندي روغتيا معلوماتو افشا کولو ته اړتيا ولري (لکه څنگه چې دا اصطلاح د روغتيايي بيمې د لېږد او حساب ورکولو قانون (HIPAA) د محرميت اصل، CFR 42 برخې 160 څخه تر 164 پورې تعريف شوي ده) ترڅو زما وړتيا معلومه کړي.

زه په دې پوهېږم چې دا ډول افشا کول به د تادبي د موخو لپاره وي، لکه څنگه چې د HIPAA د محرميت په قانون کې تعريف شوي دي.

نېټه (مياشت/ورځ/کال)

د غوښتنليک سپارونکي يا قانوني سرپرست لاسليک

د غوښتنليک سپارونکي شخص يا قانوني سرپرست نوم په غټو تورو

په ياد ولړئ چې د مالي مرستې له غوښتنليک سره د عايد ثبوت يا د ملاتړ ليک شامل کړئ.

بشپړ شوي غوښتنليکونه دې ته وليږئ:

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