

Polityka pomocy finansowej, podsumowanie w uproszczonej wersji

Yale New Haven Health (YNHHS) zapewnia pomoc finansową w nagłych przypadkach i/lub w przypadku konieczności sprawowania opieki ze względu na zgłędów medycznych dla pacjentów nieubezpieczonych i niedoublebezpieczonych, którzy spełniają następujące kryteria:

Jeżeli mieszka Pan/Pani w Stanach Zjednoczonych i (a) nie ma Pan/Pani ubezpieczenia oraz nie kwalifikuje się Pan/Pani do rządowego programu świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej lub kwalifikowanego programu zdrowotnego dostępnego na podstawie ustawy o przystępnej cenie opieki (Affordable Care Act), lub (b) Pana/Pani ubezpieczenie jest niewystarczające:

Bezpłatna opieka

Może Pan/Pani kwalifikować się do pełnej (100%) zniżki od należnej kwoty, jeżeli:

- Zarobki rodziny stanowią maksymalnie 250% federalnego progu ubóstwa a lub mniej.

Opieka objęta zniżką

Może Pan/Pani kwalifikować się do częściowej zniżki od należnej kwoty, jeżeli:

- Zarobki rodziny stanowią maksymalnie 550% federalnego progu ubóstwa a lub mniej.

Osoby nieuprawnione do opieki medycznej

Pomoc finansowa może być rozważana również w indywidualnych przypadkach pacjentów, którzy nie spełniają powyższych kryteriów, ale ich rachunki za leczenie przekraczają pewną wartość procentową dochodów rodzinnych lub majątku.

Najczęściej zadawane pytania

Jakie są maksymalne poziomy dochodów, które kwalifikują się do programów?

Szczegółowe informacje na temat maksymalnych poziomów dochodów można znaleźć pod adresem www.ynhhs.org/financialassistance.

Czy trzeba spełnić jeszcze inne kryteria, aby otrzymać pomoc finansową?

Aby się zakwalifikować, należy współpracować przy wypełnieniu wniosku o przyznanie pomocy finansowej oraz złożeniu wniosku o Medicaid lub w zakresie innych zewnętrznych programów płatności, jakie mogą być dostępne.

Co obejmuje pomoc finansowa?

Nasze programy pomocy finansowej pokrywają koszty leczenia w nagłych wypadkach i innych świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia wyłącznie w przypadku rachunków wystawionych przez Yale New Haven Health. Link do spisu świadczeniodawców objętych programami można znaleźć pod adresem www.ynhhs.org/financialassistance.

Jak mogę się dowiedzieć, czy mój wniosek został zatwierdzony?

Odpowiemy na każdy wniosek pisemnie. W razie odrzucenia wniosku można go ponownie w dowolnej chwili. Co roku udostępniane są dodatkowe fundusze na łóżka szpitalne.

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

Jak złożyć wniosek i gdzie uzyskać kopie

Aby złożyć wniosek, należy pobrać formularz wniosku, wypełnić wymagane informacje i przekazać wypełniony wniosek do jednego z naszych biur ds. pomocy finansowej w lokalizacjach wskazanych poniżej.

Bezpłatną kopię wniosku, polityki pomocy finansowej oraz niniejszego podsumowania w uproszczonej wersji można uzyskać na stronie www.ynhhs.org/financialassistance lub na stronach internetowych dowolnego szpitala YNHHS, drogą pocztową poprzez kontakt telefoniczny z Działem Obsługi Finansowej i Przyjęć Pacjentów pod numerem telefonu 855-547-4584 bądź osobiście w punktach rejestracji, łącznie z oddziałami ratunkowymi, w ewszyskich naszych placówkach szpitalnych.

Dostępność usług tłumaczenia

Dla określonych grup o ograniczonej sprawności w postępowaniu się językiem angielskim dostępne są tłumaczenia naszej polityki pomocy finansowej, wniosku o przyznanie pomocy finansowej oraz niniejszego podsumowania w uproszczonej wersji polityki pomocy finansowej na stronie www.ynhhs.org/financialassistance, jak również w placówkach szpitalnych wskazanych poniżej.

Z kim mogę się skontaktować, jeżeli mam więcej pytań?

Aby uzyskać więcej informacji lub pomoc w wypełnieniu wniosku, należy skontaktować się z Działem Obsługi Finansowej i Przyjęć Pacjentów pod numerem telefonu **855-547-4584**.

Dodatkowe informacje na temat programów

Fundusze na łóżko szpitalne

Pacjent może być uprawniony do otrzymania pomocy finansowej z funduszy na łóżko szpitalne przekazanych szpitalowi Yale New Haven Health w celu zapewnienia opieki medycznej pacjentom, których nie stać na opiekę szpitalną. Środki te stanowią niewielką część całkowitych funduszy na pomoc finansową dla uprawnionych osób z uwzględnieniem ograniczeń dotyczących darczyńców oraz, w stosownych przypadkach, nominacji dokonanych przez nominatorów funduszy. Wszyscy pacjenci, którzy wypełnią wniosek o pomoc finansową, zostaną automatycznie uwzględnieni w funduszach na łóżko szpitalne.

Ograniczenie opłat

Pacjenci kwalifikujący się do pomocy finansowej nie zostaną obciążeni kwotą w wyższą niż ta, którą zazwyczaj obciążani są pacjenci posiadający ubezpieczenie w razie nagłych wypadków lub innych świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia.

Jak złożyć wniosek o pomoc finansową?

Aby ułatwić ubieganie się o pomoc finansową, Yale New Haven Health korzysta z jednego wnosku dla swojego programu pomocy finansowej. Aby złożyć wniosek, należy postępować, jak pisano poniżej.

Krok 1: Wypełnić wniosek.

Należy udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania, złożyć podpis i wpisać datę. Jeżeli pytanie nie dotyczy rodziny pacjenta, w pustym polu należy wpisać „N/A” (nie dotyczy).

Krok 2: Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie o dochodach. Dokument ten pokazuje, jakie dochody osiąga rodzina w momencie wypełniania wniosku. W tabeli po prawej stronie opisano, jakiego rodzaju dokumentów można użyć.

Krok 3: Wysłać wniosek lub dostarczyć go osobiście.

Pamiętać o dołączeniu:

1. Wypełnionego w wniosku opatrzonego podpisem i datą
2. Zaświadczenia o dochodach

Poczta:

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



Faks: 203-688-1640

Osobiście:

Zapraszamy do naszych placówek:

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

Szczegółowe informacje, bezpłatny egzemplarz naszej polityki pomocy finansowej lub pomoc w wypełnieniu wniosku.



Telefon:

855-547-4584

Pon.–pt. 7:30–17:00



Internet:

www.ynhhs.org/financialassistance

Następujące dokumenty mogą służyć jako zaświadczenie o dochodach:

Jeżeli źródłem dochodu jest...	Jako zaświadczenie o dochodach można dołączyć następujące dokumenty: (Dokumenty mogą pochodzić maksymalnie sprzed sześciu miesięcy z wyjątkiem federalnego zeznania podatkowego, które może być starsze).
Wynagrodzenie (w przypadku stawki miesięcznej lub godzinowej)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dwa (2) ostatnie odcinki wynagrodzenia LUB <input type="checkbox"/> pismo od pracodawcy napisane na papierze firmowym, określające, ile godzin przepracowała wnioskodawca i jaka jest jego stawka godzinowa (przed opodatkowaniem)
Dochód z własnej działalności (w przypadku pracy na własny rachunek)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ostatnie federalne zeznanie podatkowe
Świadczenia (ubezpieczenie społeczne, zasiłek dla weteranów, odszkodowanie pracownicze, zasiłek dla bezrobotnych, renta, fundusze emerytalne, zapomoga uzupełniająca (Supplemental Security Income, SSI), alimenty)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ostatnie pismo o przyznaniu świadczenia LUB <input type="checkbox"/> zestawienie świadczeń LUB <input type="checkbox"/> odcinki czeków
Dochód z wynajmu	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kopia umów o najmu lub pisemnej umów o zawierającej wysokość czynszu, LUB <input type="checkbox"/> pismo napisane przez wnioskodawcę w skazujące wysokość czynszu otrzymywanego rocznie
Odsetki, dywidendy lub płatności annuitetowe	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ostatnie federalne zeznanie podatkowe LUB <input type="checkbox"/> oświadczenie z instytucji finansowej określające kwotę i częstotliwość płatności oraz kwotę wypłaconą w tym roku do dnia bieżącego
Jeżeli nie uzyskuje Pan/Pani dochodu	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pismo napisane przez osobę udzielającą w sparcia LUB <input type="checkbox"/> jeżeli nie ma osoby udzielającej w sparcia, należy wysłać podpisane i opatrzone datą pismo wyjaśniające obecną sytuację finansową

Wniosek o uczestnictwo w programach pomocy finansowej

Yale New Haven Health korzysta z jednego wnosku w przypadku większości programów pomocy finansowej. Niniejszy wniosek pozwala na ubieganie się o uczestnictwo w programie bezpłatnej opieki, opieki objętej zniżką i funduszy na łóżka szpitalne. Instrukcja składania wniosku o pomoc finansową znajduje się na stronie 2. W razie pytań dotyczących niniejszego wniosku należy zadzwonić pod numer **855-547-4584**.



1. Dane pacjenta:

Nazwisko		Imię	Data urodzenia
Ulica			Numer telefonu
Miasto	Stan	Kod pocztowy	Numer dokumentacji medycznej (jeśli jest dostępny)

- 2. Dane rodziny:** Wpisać w spółmałżonka i/lub dzieci pozostające na utrzymaniu w nioskodawcy, należące do jego gospodarstwa domowego. **Nie** wpisywać danych partnerów niebędących w związku małżeńskim. Jeżeli potrzeba w więcej miejsc, należy dołączyć osobny dokument.

Imię i nazwisko członka rodziny	Relacja z wnoskodawcą	Data urodzenia

- 3. Informacje finansowe:** Należy załączyć informacje na temat w sztych wszystkich źródeł dochodu w nioskodawcy oraz współmałżonka. Do wniosku dołączyć zaświadczenie o dochodach. Dokument ten pokazuje, jakie dochody osiąga rodzina w momencie wypełniania wniosku. W tabeli na stronie 2 opisano, jakiego rodzaju dokumentów można użyć jako zaświadczenia o dochodach.

Dochód	Pacjent Podać kwotę Zakreślić: Tygodniowo, Co dwa tygodnie, Miesięcznie	Małżonka(-ek) Podać kwotę Zakreślić: Tygodniowo, Co dwa tygodnie, Miesięcznie
Wynagrodzenie/zarobki brutto (przed opodatkowaniem)		
Wsparcie od innej osoby		
Alimenty (na dziecko)		
Świadczenia z tytułu niepełnosprawności		
Świadczenia emerytalne		
Dochód z wynajmu		
Samozatrudnienie lub dochód rolny		
Świadczenia z ubezpieczenia społecznego / SSI		
Fundusze powiernicze / spadek		
Świadczenia z tytułu bezrobocia		
Odszkodowanie pracownicze		
DOCHÓD OGÓŁEM		
INNE		
Aktywa płynne (aktywa, które można szybko wymienić na gotówkę bez utraty wartości, na przykład gotówka, złoto lub papiery wartościowe w obrocie giełdowym)		

4. Ubezpieczenie zdrowotne:

Czy w nioskodawca jest objęty jakimkolwiek ubezpieczeniem zdrowotnym, w tym Medicare lub Medicaid, bądź ubezpieczeniem z innego kraju?

TAK NIE

Jeżeli **tak**, poniżej należy podać dane dotyczące ubezpieczenia:

Ubezpieczony:	Ubezpieczający:	Numer polisy:
Ubezpieczony:	Ubezpieczający:	Numer polisy:

4a. Czy Pana/Pani pracodawca sponsoruje fundusz zdrowotnego konta oszczędnościowego (Health Saving Account, HSA), aby pomóc pokryć Pana/Pani wydatki medyczne?

TAK NIE

5. Prosimy o uważne przeczytanie przed złożeniem podpisu:

Składając podpis poniżej, oświadczam, że w wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą.

- Rozumiem, że jakiekolwiek błędne, niekompletne lub fałszywe informacje zawarte w tym formularzu mogą spowodować odrzucenie mojego wniosku o pomoc finansową.
- Udzielam Yale New Haven Health zgody na weryfikację wszelkich informacji.
- Udzielam Yale New Haven Health zgody na weryfikację mojej zdolności kredytowej.
- Wyrażam zgodę na zwrot pełnej kwoty przyznanej mi pomocy finansowej, jeśli otrzymam jakąkolwiek zapłatę, w tym odszkodowanie przyznane przez sąd, za usługi objęte niniejszym wnioskiem.
- Wyrażam zgodę na informowanie Yale New Haven Health o wszelkich zmianach, które mogłyby zmienić moje uprawnienia do pomocy finansowej.
- Przyjmuję do wiadomości, że w związku z moim wnioskiem o pomoc finansową Yale New Haven Health może być zmuszony do ujawnienia chronionych informacji zdrowotnych (zgodnie z definicją tego terminu zawartą w zasadach ochrony prywatności w ustawie o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 42 FR część 160 do 164) na mój temat w celu ustalenia moich uprawnień.
- Przyjmuję do wiadomości, że każde takie ujawnienie będzie miało na celu dokonanie płatności, zgodnie z definicją zawartą w zasadach ochrony prywatności HIPAA.

Podpis w nioskodawcy lub opiekuna prawnego

Data (MM/DD/RRRR)

Imię i nazwisko w nioskodawcy lub opiekuna prawnego drukowanymi literami

Należy pamiętać o dołączeniu zaświadczenia o dochodach lub pisma na temat wsparcia do wniosku o pomoc finansową.

Wypełniony wniosek przesłać na adres:

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