

Resumo da política de assistência financeira em Linguagem Acessível

O Yale New Haven Health (YNHHS) fornece assistência financeira para cuidados emergenciais e/ou clinicamente necessários a pacientes sem plano de saúde ou com cobertura insuficiente que atendem aos seguintes critérios:

Se você mora nos Estados Unidos e (a) não tem plano de saúde e não é elegível para nenhum programa de benefícios de saúde do governo ou um plano de saúde qualificado disponível através da Affordable Care Act (Lei de Cuidados Acessíveis), ou (b) não tem cobertura suficiente:

Atendimento gratuito

Você pode ter direito a um desconto total (100%) do valor devido se:

- A renda da sua família for igual ou inferior a 250% do Nível Federal de pobreza.

Atendimento com desconto

Você pode ter direito a um desconto parcial do valor devido se:

- A renda da sua família for igual ou inferior a 550% do Nível de pobreza federal.

Situação de Indigência Médica

Pacientes que não atendem aos critérios de renda acima também podem ser considerados para assistência financeira, caso suas despesas médicas excedam uma certa porcentagem da renda ou dos bens da família.

Perguntas frequentes

Quais são os níveis máximos de renda para se qualificar para os programas?

Para mais informações sobre os níveis máximos de renda de cada programa, acesse www.ynhhs.org/financialassistance.

Existem outros critérios para receber assistência financeira?

Para ser elegível, você deve cooperar no preenchimento do requerimento de assistência financeira e solicitar o Medicaid ou qualquer outro programa de pagamento por terceiros que possa estar disponível.

O que está coberto pela assistência financeira?

Nossos programas de assistência financeira (financial assistance programs) cobrem atendimentos de emergência e outros cuidados médicos necessários apenas para custos de saúde do Yale New Haven. Um link para a lista de provedores cobertos pode ser encontrado em www.ynhhs.org/financialassistance.

Como saberei se minha solicitação foi aprovada?

Responderemos a cada solicitação por escrito. Caso sua solicitação seja negada, você poderá reaplicá-la a qualquer momento. Fundos adicionais para leitos hospitalares são disponibilizados todos os anos.

Como solicitar e onde obter cópias

Para solicitar, obtenha um formulário de solicitação, preencha as informações necessárias e devolva o formulário a um dos nossos escritórios de assistência financeira listados abaixo.

Você pode acessar gratuitamente uma cópia do Formulário de Inscrição, da Política de Assistência Financeira e deste Resumo em Linguagem Acessível em www.ynhhs.org/financialassistance ou em qualquer um dos sites do hospital YNHHS, por correio ligando para o Serviço Financeiro e de Admissão de Paciente pelo telefone 855-547-4584, ou pessoalmente nas áreas de registro, incluindo os Departamentos de Emergência (Emergency Departments), em todas as nossas unidades hospitalares.

Disponibilidade de serviços de tradução

Para certos grupos com proficiência limitada em inglês, traduções da nossa Política de Assistência Financeira, Solicitação de Assistência Financeira e este Resumo em Linguagem Simples da Política de Assistência Financeira estão disponíveis no site www.ynhhs.org/financialassistance e nas unidades hospitalares listadas abaixo.

Com quem posso entrar em contato se tiver dúvidas adicionais?

Para saber mais ou receber ajuda para preencher a solicitação, entre em contato com o Serviço de Atendimento Financeiro e Admissão de Pacientes pelo telefone **855-547-4584**.

Mais informações sobre o programa

Fundos para leitos hospitalares

Um paciente pode ser elegível para receber assistência financeira por meio de fundos para leitos doados a um hospital Yale New Haven Health destinados a custear atendimento médico a pacientes que não podem pagar pelos cuidados hospitalares. Esses fundos constituem uma pequena parcela do financiamento geral para assistência financeira, com elegibilidade levando em consideração as restrições impostas pelos doadores e, se aplicável, as indicações feitas pelos proponentes dos fundos. Todos os pacientes que preencherem uma solicitação de assistência financeira serão automaticamente considerados para receber recursos desses fundos para leitos hospitalares doados.

Limitação nas cobranças

Os pacientes elegíveis para assistência financeira não serão cobrados em valor superior ao "valor geralmente cobrado" a pacientes com seguro para atendimento de emergência ou outros cuidados médicos necessários.

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

Como posso solicitar assistência financeira?

Para facilitar o processo de solicitação de assistência financeira, o Yale New Haven Health utiliza um único formulário para seu programa de assistência financeira. Para solicitar, siga as etapas abaixo.

Etapa 1: Preencha o formulário de solicitação.

Responda a todas as perguntas e assine e date o formulário. Se alguma pergunta não se aplicar à sua família, escreva "N/A" (não aplicável) no espaço correspondente.

Etapa 2: Anexe comprovante de renda à sua solicitação. Um comprovante de renda é um documento que mostra quanto sua família ganha no momento do preenchimento do formulário. Consulte a tabela à direita para ver os tipos de documentos aceitos como comprovantes de renda.

Etapa 3: Envie o formulário pelo correio ou visite-nos pessoalmente.

- Certifique-se de incluir:
1. O formulário preenchido, assinado e datado
 2. Comprovante de renda



Por correio:

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



Pelo fax: 203-688-1640



Presencialmente:

Visite-nos em qualquer uma das unidades listadas abaixo:

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

Para saber mais, obter uma cópia gratuita da nossa Política de assistência financeira ou para receber ajuda para preencher o formulário de solicitação.



Por telefone:

855-547-4584
Segunda a sexta,
das 7h30 às 17h



Online:

www.ynhhs.org/financialeassistance

Os seguintes documentos podem ser usados como comprovante de renda:

Se a renda da sua família for proveniente de ...	Você pode anexar cópias dos seguintes documentos como comprovante de renda: (Esses documentos não devem ter mais de seis meses de emissão, com exceção da sua declaração de imposto de renda federal mais recente, que pode ser mais antiga.)
Salários (Se você recebe um salário fixo ou é pago por hora em um emprego)	<input type="checkbox"/> Dois (2) contracheques mais recentes, OU <input type="checkbox"/> Uma carta de seu empregador em papel timbrado da empresa informando quantas horas você trabalha e quanto você ganha por hora (antes dos impostos)
Renda de trabalho autônomo (Se você trabalha por conta própria)	<input type="checkbox"/> Declaração de Imposto de Renda Federal mais recente
Benefícios Previdência Social, Benefícios para Veteranos, Indenização trabalhista, Seguro Desemprego, Pensões, Fundos de aposentadoria, Seguro de Renda Suplementar (Supplemental Security Income, SSI), pensão alimentícia)	<input type="checkbox"/> Carta de concessão de benefícios mais recente, OU <input type="checkbox"/> Declaração de benefícios, OU <input type="checkbox"/> Contracheques
Rendimento de aluguel	<input type="checkbox"/> Cópia do contrato de locação ou acordo por escrito indicando o valor do aluguel, OU <input type="checkbox"/> Uma carta escrita por você informando o valor do aluguel que você recebe por ano
Pagamentos de juros, dividendos ou Anuidades	<input type="checkbox"/> Declaração Imposto de Renda Federal mais recente OU <input type="checkbox"/> Declaração da instituição financeira informando o valor e a frequência dos pagamentos e o valor pago no acumulado do ano
Se você não tem renda	<input type="checkbox"/> Uma carta da pessoa que lhe dá suporte financeiro OU <input type="checkbox"/> Se você não tem uma pessoa para lhe dar suporte financeiro, envie uma carta assinada e datada explicando sua situação financeira atual

Formulário de Solicitação de programas de assistência financeira



O Yale New Haven Health utiliza um único formulário para a maioria dos seus programas de assistência financeira. Preenchendo este formulário, você será considerado para nossos programas de Atendimento gratuito, Atendimento com desconto e fundos doados para leitos hospitalares. Para instruções sobre como solicitar assistência financeira, consulte a página 2. Se você tiver alguma dúvida sobre este formulário, entre em contato pelo telefone **855-547-4584**.

1. Informação do paciente:

Sobrenome	Nome	Data de nascimento
Endereço		Número de telefone
Cidade	Estado	Código postal
		Número do prontuário médico (se disponível)

2. Informações da família:

Liste seu cônjuge e/ou filhos dependentes que moram em sua casa. Não inclua parceiros não casados. Se for necessário mais espaço, anexe um documento separado.

Nome do membro da família	Relação com o(a) solicitante	Data de nascimento

3. Informações financeiras:

Inclua informações sobre todas as suas fontes de renda e as do seu cônjuge. Lembre-se de anexar comprovantes de renda à sua solicitação. Um comprovante de renda é um documento que mostra quanto sua família ganha no momento de preencher a solicitação. Consulte a tabela na página 2 para saber quais documentos podem ser usados como comprovantes de renda.

Renda	Paciente Inserir valor Circule: Semanal, Quinzenal, Mensal	Cônjuge Inserir valor Circule Semanal, Quinzenal, Mensal
Salários brutos/Rendimentos (antes dos impostos)		
Recebendo suporte financeiro de outra pessoa		
Pensão alimentícia / Pensão alimentícia recebida		
Benefícios por incapacidade		
Benefícios de aposentadoria		
Rendimento de aluguel recebido		
Rendimentos de Trabalho autônomo ou Atividade Rural		
Benefícios do Seguro Social / Benefícios SSI		
Fundos Fiduciários / Herança		
Benefícios do Seguro Desemprego		
Indenização por acidente de trabalho		
RENDA TOTAL		
OUTRO		
Ativos líquidos (ativos que podem ser convertidos em dinheiro em curto prazo, sem desvalorização). Por exemplo, dinheiro em espécie, ouro ou valores mobiliários comercializáveis)		

4. Seguro de saúde:

Você tem cobertura de alguma apólice de seguro de saúde, incluindo Medicare ou Medicaid, ou cobertura de um outro país?

SIM NÃO

Em caso afirmativo, insira as informações do seu seguro abaixo:

Titular da apólice:	Seguradora:	Nº da apólice:
Titular da apólice:	Seguradora:	Nº da apólice:

4a. Seu empregador patrocina um fundo de Conta Poupança para Saúde (Health Saving Account, HSA) para ajudar a pagar suas despesas médicas? SIM NÃO

5. Leia atentamente antes de assinar:

Ao assinar abaixo, declaro que todas as informações fornecidas neste formulário e em todos os anexos são verdadeiras.

- Eu entendo que qualquer informação incorreta, incompleta ou falsa neste formulário pode resultar na rejeição da minha solicitação de assistência financeira.
- Autorizo o Yale New Haven Health para verificar toda e qualquer informação fornecida.
- Autorizo o Yale New Haven Health a solicitar meu relatório de crédito.
- Concordo em reembolsar integralmente o valor total recebido como assistência financeira caso receba qualquer tipo de pagamento, incluindo valores provenientes de ações judiciais, relacionadas aos serviços cobertos por esta solicitação.
- Eu concordo em informar ao Yale New Haven Health sobre quaisquer mudanças que possam afetar minha elegibilidade para assistência financeira.
- Eu entendo que em conexão com a minha solicitação de assistência financeira, o Yale New Haven Health poderá precisar divulgar informações de saúde protegidas (conforme o termo está definido pela Regra de Privacidade da Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 42 Código de Regulamentos Federais (Code of Federal Regulations, CFR) partes 160 a 164) sobre mim, a fim de determinar minha elegibilidade.
- Eu entendo que qualquer divulgação será feita para fins de pagamento, conforme definido na Regra de Privacidade da HIPAA.

Assinatura do(a) solicitante ou responsável legal

Data (DD/MM/AAAA)

Nome em letra de forma do(a) solicitante ou responsável legal

Lembre-se de incluir comprovantes de renda ou uma carta de apoio junto com a sua solicitação de assistência financeira.

Envie o formulário preenchido por correio para:

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