

Resumo em Linguagem Simples da Política de Assistência Financeira

O Yale New Haven Health (YNHHS) presta assistência financeira para cuidados de emergência e/ou clinicamente necessários a pacientes sem seguro e com seguro insuficiente que satisfaçam os seguintes critérios:

Se vive nos Estados Unidos e a) não tiver seguro e não for elegível para qualquer programa de benefícios de saúde do governo ou para um plano de saúde qualificado disponível através da Affordable Care Act (Lei de cuidados de saúde acessíveis), ou b) tiver um seguro insuficiente:

Cuidados gratuitos

Pode ser elegível para um desconto total (100%) do montante em dívida se:

- A sua família auferir um rendimento inferior ou igual a 250% do nível federal de pobreza.

Cuidados com desconto

Pode ser elegível para um desconto parcial do montante em dívida se:

- A sua família auferir um rendimento inferior ou igual a 550% do nível federal de pobreza.

Medicamento indigente

A assistência financeira também pode ser considerada, caso a caso, para pacientes que não satisfaçam os critérios de rendimento referidos anteriormente, mas cujas despesas médicas excedam uma determinada percentagem do rendimento ou dos bens da família.

Perguntas frequentes

Quais são os níveis máximos de rendimentos para poder beneficiar dos programas?

Para obter informações sobre os níveis máximos de rendimentos de cada programa, visite www.ynhhs.org/financialassistance.

Existem outras qualificações para obter assistência financeira?

Para ser elegível, deve cooperar no preenchimento do pedido de assistência financeira e inscrever-se no Medicaid ou em qualquer outro programa de pagamento de terceiros que possa estar disponível.

O que está abrangido pela assistência financeira?

Os nossos programas de assistência financeira cobrem cuidados de emergência e outros cuidados médicos necessários apenas para despesas do Yale New Haven Health. Pode encontrar uma ligação para a lista de prestadores de serviços abrangidos em www.ynhhs.org/financialassistance.

Como sei se o meu pedido foi aprovado?

Responderemos a cada pedido por escrito. Se o seu pedido for indeferido, pode voltar a candidatar-se em qualquer altura. Todos os anos são disponibilizados fundos adicionais para camas de hospital.

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 candidatar-se e onde obter cópias

Para se candidatar, obtenha um formulário de candidatura, preencha as informações necessárias e devolva-o a um dos nossos gabinetes de assistência financeira localizados abaixo.

Pode obter uma cópia gratuita do formulário de candidatura, da política de assistência financeira e deste resumo em linguagem acessível em www.ynhhs.org/financialassistance ou em qualquer um dos sítios da web dos hospitais do YNHHS, por correio, ligando para os Patient Financial and Admitting Services através do número 855-547-4584 ou pessoalmente, nas áreas de registo, incluindo os departamentos de emergência (Emergency Departments), de todas as nossas instalações hospitalares.

Disponibilidade de serviços de tradução

Para determinados grupos com conhecimentos limitados de inglês, estão disponíveis traduções da nossa política de assistência financeira, do pedido de assistência financeira e deste resumo em linguagem acessível da política de assistência financeira no sítio da web www.ynhhs.org/financialassistance e nas instalações hospitalares indicadas abaixo.

Quem posso contactar se precisar de mais esclarecimentos?

Para obter mais informações ou ajuda para preencher um formulário de candidatura, contacte os Patient Financial and Admitting Services através do n.º **855-547-4584**.

Informações adicionais sobre o programa

Fundos para camas de hospital

Um paciente pode ser elegível para receber assistência financeira de fundos para camas doados a um hospital do Yale New Haven Health para prestar cuidados médicos a pacientes que podem não ter condições para pagar os cuidados hospitalares. Estes fundos constituem uma pequena parte do financiamento global para a assistência financeira, sendo a elegibilidade determinada tendo em conta as restrições impostas pelos doadores e, se for caso disso, as nomeações feitas pelos responsáveis pelas nomeações dos fundos. Todos os pacientes que preencham um pedido de assistência financeira exigido serão considerados automaticamente para efeitos de financiamento de camas de hospital.

Limitação dos encargos

Os pacientes elegíveis para obter assistência financeira não terão de pagar mais do que o "montante geralmente faturado" a pacientes com seguro para cuidados de emergência ou outros cuidados médicos necessários.

Como posso candidatar-me para obter assistência financeira?

Para facilitar o pedido de assistência financeira, o Yale New Haven Health utiliza um único formulário de candidatura para o seu programa de assistência financeira. Para se candidatar, siga os passos abaixo.

1.º passo: Preencha o formulário de candidatura.

Responda a todas as perguntas e assinie e coloque a data no formulário de candidatura. Se uma pergunta não se aplicar à sua família, escreva "NA" (não aplicável) no espaço previsto para o efeito.

2.º passo: Anexe um comprovativo de rendimentos

ao formulário de candidatura. O comprovativo de rendimentos é um documento que indica o montante dos rendimentos auferidos pela sua família no momento em que preenche o formulário de candidatura. Consulte a tabela da direita para ver os tipos de documentos que pode utilizar.

3.º passo: Envie o formulário por correio ou visite-nos pessoalmente.

Inclua:

1. Formulário de candidatura preenchido, assinado e datado
2. Comprovativo de rendimentos



Por correio:

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



Por fax: 203-688-1640



Pessoalmente:

Visite-nos em qualquer uma das nossas instalações 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 obter ajuda para preencher um formulário de candidatura.



Por telefone:

855-547-4584
Segunda a sexta-feira 7:30 a.m. – 5:00 p.m.



Online:

www.ynhhs.org/financialassistance

Pode apresentar os seguintes documentos como comprovativo de rendimentos:

<p>Se o rendimento da sua família provém de...</p>	<p>Pode anexar cópias dos seguintes documentos como comprovativo de rendimentos: (Estes documentos não devem ter mais de seis meses, com exceção da sua declaração de impostos federal mais recente, que pode ser mais antiga.)</p>
<p>Salários (Se receber um salário ou for pago à hora por um trabalho)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dois (2) dos últimos recibos de vencimento, OU <input type="checkbox"/> Uma carta da entidade patronal, em papel timbrado da empresa, indicando o número de horas que trabalha e quanto ganha por hora (antes de impostos)
<p>Rendimento de trabalhador por conta própria (Se trabalhar por conta própria)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Declaração de impostos federal mais recente
<p>Benefícios (segurança social, pensão de veteranos, indemnização de trabalhadores, subsídio de desemprego, pensões, fundos de reforma, Rendimento Suplementar de Segurança [Supplemental Security Income, SSI], pensão de alimentos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carta de concessão de benefícios mais recente, OU <input type="checkbox"/> Declaração de benefícios, OU <input type="checkbox"/> Recibos de vencimento
<p>Rendimentos de rendas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cópia do contrato de arrendamento ou do acordo escrito que indique o montante da renda, OU <input type="checkbox"/> Uma carta escrita por si, indicando o montante da renda que recebe por ano
<p>Juros, dividendos ou anuidades Pagamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Declaração de impostos federal mais recente, OU <input type="checkbox"/> Declaração da instituição financeira indicando o montante e a frequência dos pagamentos e o montante pago este ano até à data
<p>Se não tiver rendimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Uma carta da pessoa que o/a sustenta, OU <input type="checkbox"/> Se não tiver uma pessoa que o/a sustente, envie uma carta assinada e datada explicando a sua situação financeira atual

Candidatura a programas de assistência financeira

O Yale New Haven Health utiliza um único formulário de candidatura para a maioria dos programas de assistência financeira. Ao preencher este formulário, será considerado/a para os nossos programas Free Care and Discounted Care e para os fundos para camas hospitalares. Para obter instruções sobre como se candidatar a assistência financeira, consulte a página 2. Em caso de dúvidas sobre esta candidatura, contacte-nos através do **855-547-4584**.



1. Dados do/a Paciente:

Apelido	Nome próprio	Data de nascimento
Morada		Número de telemóvel
Cidade	Estado	Código postal
		Número do registo médico (se disponível)

2. Informações sobre a família:

indique o seu cônjuge e/ou filhos dependentes que vivem no seu agregado familiar. Não incluir parceiros não conjugais. Se for necessário mais espaço, queira anexar um documento separado.

Nome do membro da família	Relação com o requerente	Data de nascimento

3. Informações financeiras:

inclua informações sobre todas as fontes de rendimento para si e para o seu cônjuge. Não se esqueça de anexar ao seu pedido um comprovativo de rendimentos. O comprovativo de rendimentos é um documento que indica o montante dos rendimentos auferidos pela sua família no momento em que preenche o formulário de candidatura. Consulte o quadro da página 2 para conhecer os tipos de documentos que podem ser utilizados como comprovativo de rendimentos.

Rendimentos	Paciente Introduzir o montante Circundar: semanalmente, quinzenalmente, mensalmente	Cônjuge Introduzir o montante Circundar: semanalmente, quinzenalmente, mensalmente
Salários brutos/ganhos (antes de impostos)		
Dependente de outra pessoa		
Apoio a crianças/pensão de alimentos recebida		
Pensões de invalidez		
Benefícios de pensão		
Rendimentos de rendas recebidos		
Trabalho por conta própria ou rendimentos agrícolas		
Benefícios da Segurança social/SSI		
Fundos fiduciários/Herança		
Subsídio de desemprego		
Indemnização de trabalhadores		
RENDIMENTO TOTAL		
OUTRO		
Ativos líquidos (ativos que podem ser trocados por dinheiro a curto prazo, sem perder valor. Por exemplo, dinheiro, ouro ou títulos negociáveis)		

4. Seguro de saúde:

Está coberto/a por alguma apólice de seguro de saúde, incluindo Medicare ou Medicaid, ou cobertura de outro país?

SIM NÃO

Se **sim**, introduza as informações do seu seguro abaixo:

Titular da apólice:	Companhia de seguros:	N.º da apólice:
Titular da apólice:	Companhia de seguros:	N.º da apólice:

- 4a. A sua entidade patronal patrocina um fundo de Conta Poupança Saúde (Health Saving Account, HSA) para ajudar a pagar as suas despesas médicas? SIM NÃO

5. Ler com atenção antes de assinar:

Ao assinar abaixo, certifico que tudo o que declarei no presente formulário e em qualquer anexo é verdadeiro.

- Compreendo que qualquer informação imprecisa, incompleta ou falsa constante deste formulário pode resultar no indeferimento do meu pedido de assistência financeira.
- Autorizo o Yale New Haven Health a verificar toda e qualquer informação.
- Autorizo o Yale New Haven Health a solicitar o meu relatório de crédito.
- Concordo em reembolsar o montante total do meu prémio de assistência financeira se receber qualquer tipo de pagamento, incluindo prémios de um processo judicial, pelos serviços abrangidos pela presente candidatura.
- Concordo em informar o Yale New Haven Health sobre quaisquer alterações que possam alterar a minha elegibilidade para assistência financeira.
- Compreendo que, em ligação com o meu pedido de assistência financeira, o Yale New Haven Health pode precisar de divulgar informações de saúde protegidas sobre mim (conforme a definição do termo que consta da regra de privacidade da HIPAA, 42 CFR, partes 160 a 164) para determinar a minha elegibilidade.
- Compreendo que qualquer divulgação deste tipo é para fins de pagamento, conforme definido na regra de privacidade da HIPAA.

Assinatura do requerente ou do seu tutor legal

Data (MM/DD/AAAA)

Nome em letra de imprensa do requerente ou do seu tutor legal

Não se esqueça de incluir um comprovativo de rendimentos ou uma carta de apoio no seu pedido de assistência financeira.

Envie por correio os formulários preenchidos para:

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