

## Изложение политики финансовой помощи простым языком

Yale New Haven Health (YNHHS) предоставляет финансовую помощь на неотложные и/или необходимые по медицинским показаниям услуги незастрахованным и недостаточно застрахованным пациентам, которые соответствуют указанным ниже критериям.

Если вы проживаете в США и (а) не застрахованы, а также не соответствуете условиям какой-либо государственной программы медицинского обслуживания или плана квалифицированной медицинской помощи, что предоставляется в рамках Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act), или (b) недостаточно застрахованы, то на вас распространяются указанные ниже положения.

### Бесплатная медицинская помощь

**Вы можете претендовать на полную (100 %) скидку на сумму, которую необходимо оплатить, при следующих условиях:**

- заработок вашей семьи не превышает 250 % от федерального прожиточного минимума.

### Скидка на медицинскую помощь

**Вы можете претендовать на частичную скидку на сумму, которую необходимо оплатить, при следующих условиях:**

- заработок вашей семьи не превышает 550 % от федерального прожиточного минимума.

### Не имеющие возможность оплатить медицинские расходы

Кроме того, в каждом конкретном случае может рассматриваться вопрос о предоставлении финансовой помощи пациентам, которые не отвечают указанным выше условиям дохода, но при этом их медицинские счета превышают определенный процент от дохода или активов семьи.

### Часто задаваемые вопросы

#### При каком максимальном уровне дохода допускается участие в программах?

Подробную информацию о максимальном уровне дохода по каждой программе можно найти на сайте [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

#### Существуют ли другие требования для получения финансовой помощи?

Чтобы претендовать на получение помощи, необходимо участвовать в заполнении заявления на предоставление финансовой помощи и обратиться в Medicaid или другие доступные программы оплаты услуг от третьих сторон.

#### Что покрывают программы финансовой помощи?

Наши программы финансовой помощи покрывают неотложную и иную необходимую по медицинским показаниям помощь только по счетам, выставленным Yale New Haven Health. Список поставщиков, услуги которых покрывает программа, можно найти на странице [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

#### Как узнать, что мое заявление одобрено?

Мы ответим на каждое заявление в письменном виде. Если ваше заявление будет отклонено, вы можете подать его повторно в любое время. Дополнительные фонды оплаты больничных мест формируются каждый год.

#### 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

### Как подать заявление и где получить копии?

Чтобы получить помощь, необходимо заполнить заявление, внести требуемую информацию и передать заявление в один из наших офисов финансовой помощи, которые расположены по указанным ниже адресам.

Вы можете получить бесплатную копию заявления, документа Financial Assistance Policy (с политикой финансовой помощи) и этого изложения простым языком на сайте [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) или на любом из сайтов больниц YNHHS, по почте, а также обратившись в отдел финансового обслуживания и приема пациентов (Patient Financial and Admitting Services) по телефону 855-547-4584. Можно лично обратиться в регистратуру, в том числе в любое отделение неотложной помощи (Emergency Department), во всех наших больничных учреждениях.

### Доступность услуг перевода

Для некоторых групп населения, которые владеют английским языком на ограниченном уровне, переводы заявления Financial Assistance Application, политики Financial Assistance Policy и ее изложения простым языком доступны на сайте [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) и в медицинских учреждениях, перечисленных ниже.

### С кем следует связаться, если у меня остались вопросы?

Чтобы получить дополнительную информацию или необходимую помощь в заполнении заявления, свяжитесь с отделом финансового обслуживания и приема пациентов по телефону **855-547-4584**.

### Дополнительная информация о программе

#### Фонды оплаты больничных мест

Пациент может претендовать на получение финансовой помощи из средств, выделенных больнице Yale New Haven Health для оказания медицинской помощи пациентам, которые не могут позволить себе оплату стационарного лечения. Эти фонды занимают небольшую долю в общем объеме финансирования финансовой помощи, при этом учитываются ограничения доноров и, если это применимо, заявления от представителей, что предлагают пациентов от лица фонда. Все пациенты, которые заполняют заявление на предоставление финансовой помощи, будут автоматически рассмотрены в качестве кандидатов на финансирование из фондов больничных мест.

#### Ограничения при выставлении счетов

С пациентов, имеющих право на финансовую помощь, не будет взиматься плата, превышающая «сумму, обычно выставляемую» пациентам со страховкой за неотложную или другую необходимую по медицинским показаниям помощь.

## Как подать заявление на получение финансовой помощи?

Чтобы упростить подачу заявления на получение финансовой помощи, Yale New Haven Health использует одну форму заявления для нашей программы финансовой помощи. Чтобы подать заявление, выполните приведенные ниже шаги.

### Шаг 1: заполните заявление.

Ответьте на все вопросы, подпишите заявление и поставьте дату. Если вопрос не относится к вашей семье, в отведенном поле укажите «Н/П» (неприменимо).

**Шаг 2: приложите справку о доходах** к заявлению. Справка о доходах — это документ, который показывает, какой доход получает ваша семья на момент заполнения заявления. В идеале документы, которые можно подать, см. в таблице справа.

**Шаг 3: отправьте заявление по почте или подайте лично.** Вам необходимо отправить:

1. Заполненное и подписанное заявление с датой
2. Справку о доходах

#### По почте:

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

#### По факсу: 203-688-1640

#### Лично:

Придите в любую из наших филиалов, указанных ниже.

##### **Bridgeport Hospital**

267 Grant Street, Bridgeport, CT

##### **Bridgeport Hospital – Milford Campus**

300 Seaside Ave, Milford, CT

##### **Greenwich Hospital**

5 Peryridge 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

**К нам можно обратиться, чтобы получить больше информации, бесплатную копию нашего документа Financial Assistance Policy, а также помощь с заполнением заявления.**



#### Телефон:

855-547-4584  
(с понедельника по пятницу с 7:30 a.m. до 5:00 p.m.)



#### Сайт:

[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)

## Ниже приведенные документы можно подавать в качестве справки о доходах

Источник дохода вашей семьи	Копии документов, которые можно приложить в качестве справки о доходах (эти документы должны быть оформлены не более шести месяцев назад, но исключением является последняя декларация о подоходном налоге, уплаченном в федеральный бюджет, которая может быть оформлена раньше)
<b>Зарботная плата</b> (при получении зарплаты или почасовой оплаты за работу)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Две (2) последние квитанции о начислении заработной платы. <b>ИЛИ</b></li> <li>□ Письмо от работодателя на официальном бланке компании, где указано количество часов, которые вы отработываете, и размер вашей почасовой оплаты (до вычета налогов).</li> </ul>
<b>Доход от индивидуальной трудовой деятельности</b> (если работаете на себя)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Последняя декларация о подоходном налоге, уплаченном в федеральный бюджет.</li> </ul>
<b>Пособия</b> (социальное обеспечение, пособия для ветеранов, трудящихся и безработных, пенсии, пенсионные накопления, алименты, дополнительный социальный доход (Social Security Income, SSI))	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Справка о самом последнем назначении пособия. <b>ИЛИ</b></li> <li>□ Справка о пособии. <b>ИЛИ</b></li> <li>□ Корешки чеков.</li> </ul>
<b>Доход от сдачи помещений в аренду</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Копия договора аренды или письменного соглашения с указанием суммы арендной платы. <b>ИЛИ</b></li> <li>□ Написанное вами письмо с указанием суммы арендной платы, которую вы получаете в год.</li> </ul>
<b>Проценты, дивиденды или выплаты по аннуитету</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Последняя декларация о подоходном налоге, уплаченном в федеральный бюджет. <b>ИЛИ</b></li> <li>□ Выписка из финансового учреждения с указанием суммы и частоты выплат, а также суммы, что выплачена в этом году (на дату составления документа).</li> </ul>
<b>Нет дохода</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Письмо от человека, который помогает вам материально. <b>ИЛИ</b></li> <li>□ Если вы не получаете материальную помощь от частных лиц, отправьте подписанное письмо с датой и объяснением вашего текущего финансового положения.</li> </ul>

## Заявление на участие в программах финансовой помощи



Yale New Haven Health использует одну форму заявления для большинства программ финансовой помощи. Заполнив это заявление, вы будете претендовать на участие в наших программах «Бесплатная помощь» (Free Care) и «Помощь со скидкой» (Discounted Care), а также на получение помощи в рамках работы фондов оплаты больничных мест. На стр. 2 приведены инструкции о том, как подать заявление на получение финансовой помощи. Если у вас возникнут вопросы относительно заявления, позвоните по номеру **855-547-4584**.

### 1. Информация про пациента.

_____		_____
Фамилия	Имя	Дата рождения
_____		_____
Адрес		Номер телефона
_____		_____
Город	Штат	Почтовый индекс
_____		_____
		Номер медицинской карты пациента (если есть)

### 2. Информация о семье. Укажите супруга/супругу и всех детей-иждивенцев, проживающих в вашей семье. Не указывайте партнеров, с которыми не состоите в браке. Если необходимо больше места, приложите отдельный документ.

Имя и фамилия члена семьи	Кем приходится заявителю	Дата рождения

### 3. Финансовая информация. Укажите информацию обо всех своих источниках дохода и источниках дохода супруга/супруги. Не забудьте приложить к заявлению справку о доходах. Справка о доходах — это документ, который показывает, какой доход получает ваша семья на момент заполнения заявления. Смотрите таблицу на странице 2, чтобы узнать о документах, которые можно использовать в качестве справки о доходах.

Доход	Пациент Укажите сумму Начисление (обведите): раз в неделю / две недели / месяц	Супруг/супруга Укажите сумму Начисление (обведите): раз в неделю / две недели / месяц
Общая заработная плата / общая сумма доходов (до уплаты налогов)		
На содержании другого лица		
Получение пособия/алиментов на ребенка		
Пособия по инвалидности		
Пенсионные пособия		
Доход от сдачи помещений в аренду		
Самозанятость или доходы от фермерской деятельности		
Социальное пособие / SSI		
Трастовые фонды / наследство		
Пособия по безработице		
Компенсация трудящимся		
<b>ОБЩИЙ ДОХОД</b>		
<b>ПРОЧЕЕ</b>		
Ликвидные активы (Активы, которые можно обменять на наличные в кратчайшие сроки без потери стоимости. Это могут быть наличные, золото, рыночные ценные бумаги и другое.)		

#### 4. Медицинское страхование.

Имеете ли вы какую-либо медицинскую страховку, включая Medicare или Medicaid, или медицинскую страховку другого государства?  ДА  НЕТ

Если **подтверждаете**, укажите информацию о вашей страховке ниже.

Застрахованное лицо:	Страховая компания:	Номер страхового полиса:
Застрахованное лицо:	Страховая компания:	Номер страхового полиса:

- 4а. Предоставляет ли ваш работодатель финансирование для медицинского сберегательного счета (Health Saving Account, HSA) для покрытия медицинских расходов?  ДА  НЕТ

#### 5. Внимательно прочитайте, прежде чем подписать.

Своей подписью ниже я подтверждаю, что все указанное мною в этом заявлении и любом приложении является правдой.

- Я понимаю, что любая неверная, неполная или ложная информация в этой форме может привести к отклонению моего заявления на получение финансовой помощи.
- Я даю разрешение Yale New Haven Health на проверку любой информации.
- Я даю разрешение Yale New Haven Health на запрос моей кредитной истории.
- Я соглашаюсь вернуть всю сумму предоставленной мне финансовой помощи за услуги, указанные в данном заявлении, если я получу оплату любого рода, включая вознаграждение по судебному иску.
- Я соглашаюсь информировать Yale New Haven Health о любых переменах, которые могут изменить мое соответствие критериям получения финансовой помощи.
- Я понимаю, что в связи с моим заявлением на получение финансовой помощи Yale New Haven Health может потребоваться раскрытие моей защищенной медицинской информации (в соответствии с определением этого термина в положении о конфиденциальности Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), глава 42 Свода федеральных нормативных актов (Code of Federal Regulations, CFR), части 160–164), чтобы определить мое соответствие критериям получения помощи.
- Я понимаю, что любое такое раскрытие будет осуществляться в целях оплаты, согласно положению о конфиденциальности закона HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Подпись лица, подающего заявление, или законного опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата (мм.дд.гггг)

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия лица, подающего заявление, или законного опекуна  
(печатными буквами)

**Не забудьте приложить к заявлению на получение финансовой помощи справку о доходах или письмо о получении материальной помощи.**

**Отправьте заполненные заявления по адресу:**

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