

经济援助政策简明语言摘要

Yale New Haven Health (YNHHS) 为符合以下标准的未投保及保额不足的患者，提供急诊和 / 或具备医疗必要之治疗的经济援助：

如果您居住在美国，且 (a) 未投保，同时不符合任何政府医疗保健福利计划或通过《平价医疗法案》(Affordable Care Act) 可获得的合格医疗保险计划的资格，或者 (b) 保额不足：

免费照护

如果符合以下情况，您可能有资格就您所欠金额获得全额 (100%) 的折扣：

- 您的家庭收入少于或等于联邦贫困线 (Federal Poverty Level) 的 250%。

折扣照护

如果符合以下情况，您可能有资格就您所欠金额获得部分折扣：

- 您的家庭收入少于或等于联邦贫困线的 550%。

医疗贫困者

对于不符合上述收入标准，但医疗费用超过家庭收入或资产一定比例的患者，也可能会逐案考虑给予财务援助。

常见问答集

符合相关计划资格的最高收入水平是多少？

关于每项计划的最高收入水平详细信息，请访问 www.ynhhs.org/financialassistance。

是否有财务补助的其他资格条件？

如需符合资格，您必须配合完成财务援助申请，并申请 Medicaid 或任何其他可能适用的第三方支付计划。

财务援助的承保范围为何？

我们的财务援助计划 (Financial Assistance Programs) 包含仅针对 Yale New Haven Health 账单的急诊与其他医疗必要的照护。涵盖的提供者名单请参阅以下网址：
www.ynhhs.org/financialassistance。

我如何知道我的申请是否取得核准？

我们会以书面方式回复每个申请。如果您的申请遭到拒绝，您可以随时重新提出申请。每年都会有额外的医院病床基金可供使用。

如何申请以及在何处获取副本

若要申请，请先获取一份申请表并填写所需信息，然后将申请表交回至以下我们其中一间财务援助办公室。

您可以通过以下方式获取申请表、财务援助政策 (Financial Assistance Policy) 以及本简明语言摘要 (Plain Language Summary) 的免费副本：访问网站 www.ynhhs.org/financialassistance 或任何 YNHHS 的医院网站；致电患者财务及住院登记服务部 (Patient Financial and Admitting Services) 以邮寄方式获取，电话号码：855-547-4584；或者亲自前往我们所有医院设施的登记处（包括急诊部 (Emergency Departments)）索取。

翻译服务供应情况

对于某些英语能力有限的群体，我们的财务援助政策、财务援助申请表以及财务援助政策的这份简明语言概述，均有译本可供查阅。请访问 www.ynhhs.org/financialassistance，或前往以下所列的医院地点进行查阅。

如果还有其他问题，我该与谁联系？

若想了解更多信息，或需要协助完成申请，请致电患者财务及住院登记服务部，电话号码：
855-547-4584。

其他计划详情

病床基金

患者有可能符合资格，获得捐赠给 Yale New Haven Health 医疗系统旗下医院的病床基金的财务援助，该基金旨在为那些可能无力负担医院治疗费用的患者提供医疗服务。这些资金在整体财务援助经费中仅占一小部分。至于资格方面，会考虑到捐赠者所设的限制，若适用的话，亦会考虑由基金提名者所作出的提名。所有填写财务援助申请表的患者，都会自动纳入医院病床基金的考虑范围。

收费限制

符合财务援助资格的患者，就其接受的急诊或其他医疗必要的照护，所收取的费用将不会高于向参保患者的“一般收取的费用”。

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

我如何申请财务援助?

为了简化财务援助的申请, Yale New Haven Health 针对其财务援助计划仅使用一份申请表。若要申请, 请完成以下步骤。

第 1 步: 填妥申请表。

请回答所有的问题, 并在申请表上签名并标注日期。如果问题不适用于您的家庭, 请在所提供的空格处写下“N/A”(不适用)。

第 2 步: 申请表单附上收入证明。收入证明是一种文件, 显示您的家庭在您填写申请表时的收入金额。请参考右边表格中可以使用的文件类型。

第 3 步: 邮寄申请表单或亲临。

- 请附上:
1. 已填妥、签名与标注日期的申请表单
 2. 收入证明:

邮寄:

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

通过传真: 203-688-1640

亲临:

亲临我们的以下任何地点:

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

若需详细了解、索取免费的财务援助政策资料, 或是填写申请单的协助。



通过电话:

855-547-4584

周一至周五早上 7:30 – 下午 5:00



在线:

www.ynhhs.org/financialassistance

以下文件可以作为收入证明:

如果您家庭的收入是来自.....	您可以附上这些文件副本作为收入证明: (这些文件不得超过六个月, 您最近的联邦报税单除外, 这些单据时间可能更久。)
工资 (如果您赚取一份薪水或工作是按钟点支薪)	<input type="checkbox"/> 最近的二 (2) 笔薪资单, 或 <input type="checkbox"/> 一封由您雇主出具的信, 信纸需使用公司抬头纸, 信中须说明您每周工作时数以及每小时的收入 (税前)。
自雇收入 (如果为自营业)	<input type="checkbox"/> 最近的联邦报税单
福利 (社会保障金、退伍军人补助、工伤赔偿、失业救济金、养老金、退休基金、补充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI)、赡养费)	<input type="checkbox"/> 最近的福利发放信函, 或 <input type="checkbox"/> 福利声明, 或 <input type="checkbox"/> 支票存根
租金收入	<input type="checkbox"/> 租约副本或 显示租金金额的书面协议, 或 <input type="checkbox"/> 由您本人撰写的一封信件, 说明您每年收取的租金金额
利息、股息或年金付款	<input type="checkbox"/> 最近的联邦报税单, 或 <input type="checkbox"/> 由金融机构出具的声明, 说明付款金额、付款频率以及截至今年目前为止已支付的金额
如果您没有收入	<input type="checkbox"/> 抚养您的人所提供的信函, 或 <input type="checkbox"/> 如果您没有的人员如果您没有抚养您的人, 请寄上一封签署姓名及日期的信件, 说明您目前的财务状况。

财务援助计划的申请



Yale New Haven Health 使用一份可针对大部分财务援助计划的申请表。填写此申请表后，您将会纳入我们的免费照护、折扣照护计划以及医院病床基金的考虑范围。关于如何申请财务援助的说明，请参考第 2 页。如果您对此申请表有任何疑问，请来电与我们联系，电话号码：**855-547-4584**。

1. 患者信息：

_____		出生日期
姓氏	名字	
_____		电话号码
街道地址		
_____		病历号码（若有）
市	州	邮政编码

2. 家庭信息：

请列出同住的配偶和/或任何受抚养子女。请勿包括未结婚的伴侣。 若需更多空间，请附上另一张纸。

家人姓名	与申请人的关系	出生日期

3. 财务信息：

包括您与配偶的所有收入来源信息。请谨记在申请表单附上收入证明。收入证明是一种文件，显示您的家庭在您填写申请表时的收入金额。有关可用作收入证明的文件类型，请参阅第 2 页的表格。

收入	患者	配偶
	填入金额 请圈选：每周、每两周、每月	填入金额 请圈选：每周、每两周、每月
工资总额 / 收入（税前）		
由其他个人抚养		
收到的子女抚养费 / 赡养费		
残障福利金		
养老金福利		
收到的租金收入		
自雇收入或农业收入		
社会保障金/SSI 福利		
信托基金 / 遗产继承所得		
失业救济金		
工伤赔偿		
总收入		
其他		
流动资产（即在短时间内可兑换成现金且不会贬值的资产。例如现金、黄金或可交易证券）		

4. 健康保险:

您是否投保了任何健康保险, 包括 Medicare、Medicaid, 或者是来自其他国家/地区的保险? 是 否

如果是, 请在下方填入您的保险信息:

投保人:	保险公司:	保单号码:
投保人:	保险公司:	保单号码:

4a. 您的雇主是否资助了健康储蓄账户 (Health Savings Account, HSA) 基金, 以帮助支付您的医疗费用?

是 否

5. 请在签名之前, 仔细阅读:

通过在以下签名, 本人证明本人在本申请表单与任何附件上的一切陈述皆属实。

- 本人了解在本表格上任何不正确、不完整或不实的信息, 都可能造成本人的财务援助申请遭到拒绝。
- 本人允许 Yale New Haven Health 验证所有信息。
- 本人允许 Yale New Haven Health 查询本人的信用报告。
- 如果本人收到本申请表单所涵盖之服务的任何款项, 包括法律诉讼的判决, 本人同意全额偿还已发放的财务援助。
- 本人同意告知 Yale New Haven Health 关于本人财务援助资格的任何变更。
- 本人了解, 关于本人申请的财务援助, Yale New Haven Health 可能需要披露关于本人的受保护健康信息 (Protected Health Information) (依《健康保险可移植性及责任法案》(The Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA) 隐私规定, 《联邦法规》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 篇, 第 160 至 164 章对此条款的定义), 以判定本人的资格。
- 本人了解任何相关的披露皆基于支付目的, 如 HIPAA 隐私规定所定义。

申请人或法定监护人签名

日期 (月/日/年)

申请人或法定监护人的正楷姓名

请务必附上收入证明或左证您财务援助申请的信函。

将填妥的申请表单邮寄至:

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