

Resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda económica

Yale New Haven Health (YNHHS) da ayuda económica para atención de emergencia o atención médicamente necesaria a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan los siguientes criterios:

Si vive en los Estados Unidos y (a) no tiene seguro y no es elegible para ningún programa gubernamental de beneficios de atención médica o un plan médico calificado disponible por medio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio o (b) tiene un seguro insuficiente:

Atención gratuita

Puede ser elegible para un descuento total (100 %) sobre la cantidad que adeuda si:

- Los ingresos de su familia son menos o igual al 250 % del nivel federal de pobreza.

Atención con descuento

Puede ser elegible para un descuento parcial de la cantidad que adeuda si:

- Los ingresos de su familia son menos o igual al 550 % del nivel federal de pobreza.

Médicamente indigente

Se puede considerar la ayuda económica, caso por caso, a pacientes que no cumplen los criterios de ingresos de arriba, pero cuyas facturas médicas exceden un cierto porcentaje de los ingresos o bienes de la familia.

Preguntas frecuentes

¿Cuáles son los niveles máximos de ingresos para calificar para los programas?

Para obtener información sobre los niveles máximos de ingresos de cada programa, visite www.ynhhs.org/financialassistance.

¿Hay otros requisitos para recibir ayuda económica?

Para ser elegible, usted debe cooperar para completar la solicitud de ayuda económica y solicitar Medicaid o cualquier otro programa de pago de terceros que pueda estar disponible.

¿Qué cubre la ayuda económica?

Nuestros programas de ayuda económica cubren la atención de emergencia y otros tipos de atención médicamente necesaria que se incluyan en las facturas de Yale New Haven Health únicamente. Puede encontrar un enlace a la lista de los proveedores cubiertos en www.ynhhs.org/financialassistance.

¿Cómo sabré si aprueban mi solicitud?

Responderemos a cada solicitud por escrito. Si se rechaza su solicitud, puede volver a presentarla en cualquier momento. Todos los años hay más fondos disponibles para camas de hospital.

Cómo enviar una solicitud y dónde obtener copias

Para enviar una solicitud, obtenga una solicitud, complete la información que se necesita y devuelva la solicitud a una de nuestras oficinas de ayuda económica situadas abajo.

Puede acceder a una copia gratuita de la Solicitud, la Política de ayuda económica y este Resumen en lenguaje sencillo en www.ynhhs.org/financialassistance o en cualquiera de los sitios web del hospital YNHHS, por correo postal llamando a Servicios Financieros y de Admisión para Pacientes (Patient Financial and Admitting Services) al 855-547-4584, o en persona en las áreas de registro, incluyendo los Departamento de Emergencias (Emergency Departments), en todos nuestros hospitales.

Disponibilidad de servicios de traducción

Para ciertos grupos con poco dominio del inglés, las traducciones de nuestra Política de ayuda económica, la Solicitud de ayuda económica y este Resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda económica están disponibles en el sitio web www.ynhhs.org/financialassistance y en los hospitales que se listan abajo.

¿Con quién puedo comunicarme si tengo más preguntas?

Para obtener más información o ayuda para completar una solicitud, comuníquese con Servicios Financieros y de Admisión para Pacientes al **855-547-4584**.

Más información del programa

Fondos de camas del hospital

Un paciente puede ser elegible para recibir ayuda económica de los fondos para camas donados a un hospital de Yale New Haven Health para dar atención médica a pacientes que tal vez no puedan pagar la atención de hospital. Estos fondos constituyen una pequeña parte del financiamiento total para la ayuda económica y la elegibilidad tiene en cuenta las restricciones de los donantes y, si corresponde, las nominaciones hechas por los nominadores de los fondos. Todos los pacientes que completen una Solicitud de ayuda económica se considerarán automáticamente para recibir fondos para camas de hospital.

Limitación de los cargos

A los pacientes elegibles para recibir ayuda económica no se les cobrará más que la "cantidad que generalmente se les factura" a los pacientes con seguro por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

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

¿Cómo puedo solicitar la ayuda económica?

Para facilitar la solicitud de ayuda económica, Yale New Haven Health usa una solicitud para la mayoría de los programas de ayuda económica. Para presentar una solicitud, siga los pasos que se indican abajo.

Paso 1: Complete la solicitud.

Responda todas las preguntas, y firme y feche la solicitud. Si una pregunta no se aplica a su familia, escriba "N/A" (no aplica) en el espacio que se da.

Paso 2: Adjunte un comprobante de ingresos a su solicitud. El comprobante de ingresos es un documento que muestra los ingresos de su familia en el momento en que llene la solicitud. Consulte la tabla de la derecha para ver los tipos de documentos que se pueden usar.

Paso 3: Envíe la solicitud por correo o visítenos en persona.

1. La solicitud debidamente completada, firmada y fechada.
2. Comprobante de ingresos.



Por correo:

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



Por fax: 203-688-1640



En persona:

Visítenos en cualquiera de los lugares que se indican abajo:

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 obtener más información obtenga una copia gratis de nuestra Política de ayuda económica o para recibir ayuda para presentar una solicitud.



Teléfono:

855-547-4584

L-V 7:30 a. m. – 5:00 p. m.



En línea:

www.ynhhs.org/financialassistance

Los siguientes documentos se pueden usar como comprobante de ingresos:

<p>Si los ingresos de su familia provienen de...</p>	<p>Puede adjuntar copias de estos documentos como comprobante de ingresos: (estos documentos no deben tener más de seis meses de antigüedad, excepto su última declaración de impuestos federales, que puede ser más antigua).</p>
<p>Salarios (Si devenga un sueldo o si le pagan por hora por un trabajo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Los dos (2) últimos recibos de pago, O <input type="checkbox"/> Una carta de su empleador en papel membretado de la compañía en la que haga constar cuántas horas trabaja y cuánto gana por hora (antes de los impuestos)
<p>Ingresos de trabajo por cuenta propia (Si trabaja por cuenta propia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Última declaración del impuesto federal sobre ingresos
<p>Beneficios (Seguro Social, veteranos, compensación de los trabajadores, desempleo, pensiones, fondos de jubilación, SSI, pensión alimenticia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Última carta de aprobación de beneficios, O <input type="checkbox"/> Declaración de beneficios, O <input type="checkbox"/> Recibos de pago
<p>Ingresos por alquiler</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copia del contrato de arrendamiento o del acuerdo por escrito que muestra la cantidad del alquiler, O <input type="checkbox"/> Una carta escrita por usted, en la que indique la cantidad de alquiler que recibe al año
<p>Pagos de intereses, dividendos o pagos de anualidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Última declaración del impuesto federal sobre ingresos, O <input type="checkbox"/> Declaración de la institución financiera que indique la cantidad y la frecuencia de los pagos y la cantidad pagada este año hasta la fecha
<p>Si no tiene ingresos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Una carta de la persona que lo mantiene, O <input type="checkbox"/> Si no tiene una persona que lo mantenga, envíe una carta con su firma y la fecha en la que explique su situación económica actual

Solicitud para los programas de ayuda económica

Yale New Haven Health usa una sola solicitud para la mayoría de los programas de ayuda económica. Si completa esta solicitud, lo considerarán para nuestros programas de atención gratuita, atención con descuento y fondos para camas de hospital. Para obtener instrucciones sobre cómo solicitar ayuda económica, consulte la página 2. Si tiene preguntas sobre esta solicitud, llámenos al **855-547-4584**.



1. Información del paciente:

_____		_____
Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
_____		_____
Dirección física		Teléfono
_____		_____
Ciudad	Estado	Código postal
		Número de expediente médico (si está disponible)

2. Información de la familia:

Mencione a su cónyuge o a sus hijos dependientes que vivan en su grupo familiar. No incluya parejas de hecho. Si necesita más espacio, adjunte un documento por separado.

Nombre del familiar	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento

3. Información económica:

Incluya información sobre todas sus fuentes de ingresos y las de su cónyuge. Recuerde adjuntar un comprobante de ingresos a su solicitud. El comprobante de ingresos es un documento que muestra los ingresos de su familia en el momento en que llene la solicitud. Consulte la tabla que está en la página 2 para ver los tipos de documentos que se pueden usar como comprobante de ingresos.

Ingresos	Paciente Escriba la cantidad. Encierre en un círculo: semanal, bisemanal, mensual	Cónyuge Escriba la cantidad. Encierre en un círculo: semanal, bisemanal, mensual
Salarios/ingresos brutos (antes de los impuestos)		
Mantenido por otra persona		
Manutención de menores/pensión alimenticia recibida		
Beneficio por discapacidad		
Beneficios de pensión		
Ingresos por alquileres recibidos		
Trabajo por cuenta propia o ganancias agrícolas		
Beneficios del SSI/Seguro Social		
Fondos fiduciarios/herencia		
Beneficios por desempleo		
Compensación de los trabajadores		
TOTAL DE INGRESOS		
OTRO		
Activos líquidos (activos que se pueden intercambiar por dinero en efectivo en poco tiempo, sin perder valor. Por ejemplo, dinero en efectivo, oro o valores negociables)		

4. Seguro médico:

¿Está cubierto por alguna póliza de seguro médico, incluyendo Medicare o Medicaid o cobertura de otro país?

- Sí NO

Si respondió “Sí”, ingrese la información de su seguro abajo:

Titular de la póliza:	Compañía aseguradora:	N.º de póliza:
Titular de la póliza:	Compañía aseguradora:	N.º de póliza:

4a. ¿Patrocina su empleador un fondo de Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA) para ayudarlo a pagar sus gastos médicos?

- Sí NO

5. Lea atentamente antes de firmar:

Firmando abajo, certifico que toda la información que he indicado y adjuntado a esta solicitud es verdadera.

- Entiendo que cualquier información errónea, incompleta o falsa en este formulario podría dar como resultado que se niegue mi solicitud de ayuda económica.
- Autorizo a Yale New Haven Health a verificar toda la información.
- Autorizo a Yale New Haven Health a pedir mi reporte crediticio.
- Acepto devolver la cantidad total de ayuda económica que se me otorgue si recibo algún tipo de pago, incluyendo indemnizaciones por una demanda legal, en relación con los servicios cubiertos por esta solicitud.
- Acepto informar a Yale New Haven Health de cualquier cambio que pudiera modificar mi elegibilidad para recibir ayuda económica.
- Entiendo que, en relación con mi solicitud de ayuda económica, es posible que Yale New Haven Health deba revelar mi información médica protegida (según la definición de ese término en la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA], partes 160 a 164 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]) para poder determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que dicha revelación se hará por motivos de pago, según se define en la Norma de Privacidad de la HIPAA.

Firma del solicitante o del tutor legal

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en letra de molde del solicitante o del tutor legal

Recuerde incluir un comprobante de ingresos o una carta de manutención con su solicitud de ayuda económica.

Envíe las solicitudes rellenas por correo a:

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