

## 經濟援助政策簡明語言摘要

Yale New Haven Health (YNHHS) 為符合以下標準的未投保及保額不足的患者，提供急診和 / 或具備醫療必要之治療的經濟援助：

如果您居住在美國，且 (a) 未投保，同時不符合任何政府醫療保健福利計畫或透過《平價醫療法案》(Affordable Care Act) 可獲得的合格醫療保險計畫的資格，或者 (b) 保額不足：

### 免費照護

如果符合以下情況，您可能有資格就您所欠金額獲得全額 (100%) 的折扣：

- 您的家庭收入少於或等於聯邦貧困線 (Federal Poverty Level) 的 250%。

### 折扣照護

如果符合以下情況，您可能有資格就您所欠金額獲得部分折扣：

- 您的家庭收入少於或等於聯邦貧困線的 550%。

### 醫療窮困者

對於不符合上述收入標準，但醫療費用超過家庭收入或資產一定比例的患者，也可能會逐案考慮給予財務援助。

## 常見問答集

### 符合相關計畫資格的最高收入水平是多少？

關於每項計畫的最高收入水平詳細資訊，請造訪 [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)。

### 是否有財務補助的其他資格條件？

如需符合資格，您必須配合完成財務援助申請，並申請 Medicaid 或任何其他可能適用的第三方支付計畫。

### 財務援助的承保範圍為何？

我們的財務援助計畫 (Financial Assistance Programs) 包含僅針對 Yale New Haven Health 帳單的急診與其他醫療必要的照護。涵蓋的提供者名單請參閱以下網址：  
[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)。

### 我如何知道我的申請是否取得核准？

我們會以書面方式回覆每個申請。如果您的申請遭到拒絕，您可以隨時重新提出申請。每年都會有額外的醫院病床基金可供使用。

### 如何申請以及在何處獲取副本

若要申請，請先獲取一份申請表並填寫所需資訊，然後將申請表交回至以下我們其中一間財務援助辦公室。

您可以透過以下方式獲取申請表、財務援助政策 (Financial Assistance Policy) 以及本簡明語言摘要 (Plain Language Summary) 的免費副本：造訪網站 [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) 或任何 YNHHS 的醫院網站；致電患者財務及住院登記服務部 (Patient Financial and Admitting Services) 以郵寄方式獲取，電話號碼：855-547-4584；或者親自前往我們所有醫院設施的登記處（包括急診部 (Emergency Departments)）索取。

### 翻譯服務供應情況

對於某些英語能力有限的群體，我們的財務援助政策、財務援助申請表以及財務援助政策的這份簡明語言概述，均有譯本可供查閱。請造訪 [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)，或前往以下所列的醫院地點進行查閱。

### 如果還有其他問題，我該與誰聯絡？

若想瞭解更多資訊，或需要協助完成申請，請致電患者財務及住院登記服務部，電話號碼：  
**855-547-4584**。

## 其他計畫詳情

### 病床基金

患者有可能符合資格，獲得捐贈給 Yale New Haven Health 醫療系統旗下醫院的病床基金的財務援助，該基金旨在為那些可能無力負擔醫院治療費用的患者提供醫療服務。這些資金在整體財務援助經費中僅佔一小部分。至於資格方面，會考慮到捐贈者所設的限制，若適用的話，亦會考慮由基金提名者所作出的提名。所有填寫財務援助申請表的患者，都會自動納入醫院病床基金的考慮範圍。

### 收費限制

符合財務援助資格的患者，就其接受的急診或其他醫療必要的照護，所收取的費用將不會高於向參保患者的「一般收取的費用」。

**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

## 我如何申請財務援助？

為了簡化財務援助的申請，Yale New Haven Health 針對其財務援助計畫僅使用一份申請表。若要申請，請完成以下步驟。

### 第 1 步：填妥申請表。

請回答所有的問題，並在申請表單上簽名並標註日期。如果問題不適用於您的家庭，請在所提供的空格處寫下「N/A」（不適用）。

**第 2 步：申請表單附上收入證明。** 收入證明是一種文件，顯示您的家庭在您填寫申請表單時的收入金額。請參考右邊表格中可以使用的文件類型。

### 第 3 步：郵寄申請表單或親臨。

- 請附上：
1. 已填妥、簽名與標註日期的申請表單
  2. 收入證明：

#### ✉ 郵寄：

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



透過傳真：203-688-1640



#### 親臨：

造訪我們的以下任何地點：

#### 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

若需詳細瞭解、索取免費的財務援助政策資料，或是填寫申請單的協助。



#### 透過電話：

855-547-4584

週一至週五早上 7:30 – 下午 5:00



#### 線上：

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

## 以下文件可以作為收入證明：

如果您家庭的收入是來自.....	您可以附上這些文件副本作為收入證明：（這些文件不得超過六個月，您最近的聯邦報稅單除外，這些單據時間可能更久。）
<b>工資</b> （如果您賺取一份薪水或工作是按鐘點支薪）	<input type="checkbox"/> 最近的二 (2) 筆薪資單，或 <input type="checkbox"/> 一封由您雇主出具的信，信紙需使用公司抬頭紙，信中須說明您每週工作時數以及每小時的收入（稅前）。
<b>自僱收入</b> （如果為自營業）	<input type="checkbox"/> 最近的聯邦報稅單
<b>福利</b> （社會保障金、退伍軍人補助、工傷賠償、失業救濟金、養老金、退休基金、補充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI)、贍養費）	<input type="checkbox"/> 最近的福利發放信函，或 <input type="checkbox"/> 福利聲明，或 <input type="checkbox"/> 支票存根
<b>租金收入</b>	<input type="checkbox"/> 租約副本或顯示租金金額的書面協議，或 <input type="checkbox"/> 由您本人撰寫的一封信件，說明您每年收取的租金金額
<b>利息、股息或年金付款</b>	<input type="checkbox"/> 最近的聯邦報稅單，或 <input type="checkbox"/> 由金融機構出具的聲明，說明付款金額、付款頻率以及截至今年目前為止已支付的金額
<b>如果您沒有收入</b>	<input type="checkbox"/> 撫養您的人所提供的信函，或 <input type="checkbox"/> 如果您沒有撫養您的人，請寄上一封簽署姓名及日期的信件，說明您目前的財務狀況。

## 財務援助計畫的申請

Yale New Haven Health 使用一份可針對大部分財務援助計畫的申請表。填妥此申請表後，你將會納入我們的免費照護、折扣照護計畫以及醫院病床基金的考慮範圍。關於如何申請財務援助的說明，請參考第 2 頁。如果您對此申請表單有任何疑問，請來電與我們聯絡，電話號碼：855-547-4584。

### 1. 患者資訊：

姓氏	名字	出生日期
街道地址		電話號碼
市	州	郵遞區號
		病歷號碼（若有）

### 2. 家庭資訊：請列出同住的配偶和/或任何受撫養子女。請勿包括未結婚的伴侶。若需更多空間，請附上另一張紙。

家人姓名	與申請人的關係	出生日期

### 3. 財務資訊：包括您與配偶的所有收入來源資訊。請謹記在申請表單附上收入證明。收入證明是一種文件，顯示您的家庭在您填寫申請表單時的收入金額。有關可用作收入證明的文件類型，請參閱第 2 頁的表格。

收入	患者	配偶
	填入金額 請圈選：每週、每兩週、每月	填入金額 請圈選：每週、每兩週、每月
工資總額／收入（稅前）		
由其他個人撫養		
收到的子女撫養費／贍養費		
殘障福利金		
養老金福利		
收到的租金收入		
自僱收入或農業收入		
社會保障金/SSI 福利		
信託基金／遺產繼承所得		
失業救濟金		
工傷賠償		
總收入		
其他		
流動資產（即在短時間內可兌換成現金且不會貶值的資產。例如現金、黃金或可交易證券）		

**4. 健康保險：**

您是否投保了任何健康保險，包括 Medicare、Medicaid，或者是來自其他國家/地區的保險？  是  否

如果是，請在下方填入您的保險資訊：

投保人：	保險公司：	保單號碼：
投保人：	保險公司：	保單號碼：

**4a.** 您的雇主是否資助了健康儲蓄帳戶 (Health Savings Account, HSA) 基金，以幫助支付您的醫療費用？

是  否

**5. 請在簽名之前，仔細閱讀：**

藉由在以下簽名，本人證明本人在本申請表單與任何附件上的一切陳述皆屬實。

- 本人瞭解在本表單上任何不正確、不完整或不實的資訊，都可能造成本人的財務援助申請遭到拒絕。
- 本人允許 Yale New Haven Health 驗證所有資訊。
- 本人允許 Yale New Haven Health 查詢本人的信用報告。
- 如果本人收到本申請表單所涵蓋之服務的任何款項，包括法律訴訟的判決，本人同意全額償還已發放的財務援助。
- 本人同意告知 Yale New Haven Health 關於本人財務援助資格的任何變更。
- 本人瞭解，關於本人申請的財務援助，Yale New Haven Health 可能需要披露關於本人的受保護健康資訊 (Protected Health Information) (依《健康保險可攜性及責任法案》(The Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA) 隱私規定，《聯邦法規》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 篇，第 160 至 164 章對此條款的定義)，以判定本人的資格。
- 本人瞭解任何相關的披露皆基於支付目的，如 HIPAA 隱私規定所定義。

\_\_\_\_\_  
申請人或法定監護人簽名

\_\_\_\_\_  
日期 (月/日/年)

\_\_\_\_\_  
申請人或法定監護人的正楷姓名

**請務必附上收入證明或佐證您財務援助申請的信函。**

將填妥的申請表單郵寄至：

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