

Виклад Політики фінансової підтримки простою мовою

Представники Yale New Haven Health (YNHHS) надають фінансову підтримку для отримання невідкладної та/або необхідної з медичної точки зору допомоги незастрахованим і недостатньо застрахованим пацієнтам, які відповідають наведеним нижче критеріям.

Вони проживають у США й (а) є незастрахованими та не мають права на участь у жодній державній програмі й плані медичної допомоги в межах Закону про доступне медичне обслуговування (Affordable Care Act) або (б) є недостатньо застрахованими.

Безкоштовна медична допомога

Ви можете отримати повну (100%) знижку на суму, яку необхідно сплатити, якщо:

- дохід вашої родини не перевищує 250% від федерального прожиткового мінімуму.

Знижки на медичну допомогу

Ви можете отримати часткову знижку на суму, яку необхідно сплатити, якщо:

- дохід вашої родини не перевищує 550% від федерального прожиткового мінімуму.

Неможливість оплати медичних витрат

Крім того, може бути розглянута можливість надання фінансової підтримки пацієнтам, які не відповідають наведеним вище критеріям, але чий рахунок за медичні послуги перевищують певний відсоток від доходу або активів родини.

Поширені запитання

Яким має бути максимальний рівень доходу, щоб мати право брати участь у програмах?

Щоб отримати докладнішу інформацію про максимальні рівні доходу для кожної з програм, відвідайте вебсайт www.ynhhs.org/financialassistance.

Чи є інші вимоги для отримання фінансової підтримки?

Бажаючи слід заповнити заявку на отримання фінансової підтримки й звернутися до Medicaid або інших доступних сторонніх програм фінансування.

Що покриває програма фінансової підтримки?

Наші програми фінансової підтримки покривають невідкладні й інші випадки надання допомоги з медичних причин на основі рахунків від Yale New Haven Health. Перелік постачальників, послуги яких покриваються в межах програм, можна знайти на вебсторінці www.ynhhs.org/financialassistance.

Як я дізнаюся, що мою заявку схвалили?

Ми надаємо письмову відповідь на кожну заявку. Якщо вашу заявку відхилено, ви маєте право будь-коли подати її ще раз. Крім того, щороку формуються фонди на оплату перебування в лікарні осіб із фінансовими труднощами.

Як подати заявку й де можна отримати копії документів?

Для подачі заявки слід отримати відповідну форму, заповнити необхідну інформацію і передати дані в один із наведених нижче офісів фінансової підтримки.

Отримати безкоштовну копію заявки, документа Financial Assistance Policy (політики фінансової підтримки) і його стислий виклад можна на сторінці www.ynhhs.org/financialassistance або будь-якому вебсайті лікарні YNHHS, а також поштою, зателефонувавши до відділу фінансового обслуговування й прийому пацієнтів (Patient Financial and Admitting Services) на номер 855-547-4584. Крім того, ви можете звернутися безпосередньо до представників зони реєстрації, зокрема до будь-якого відділення невідкладної допомоги (Emergency Department), у всіх наших медичних закладах.

Наявність перекладацьких послуг

Для пацієнтів із посереднім рівнем володіння англійською переклади таких документів, як політика Financial Assistance Policy, включно з її стислим викладом, і заявка Financial Assistance Application, доступні на вебсайті www.ynhhs.org/financialassistance. Крім того, можна попросити про допомогу в наведених нижче закладах.

До кого я можу звернутися, якщо маю додаткові запитання?

Щоб дізнатися більше або отримати допомогу із заповненням заявки, зв'яжіться з відділом фінансового обслуговування й прийому пацієнтів за номером **855-547-4584**.

Додаткова інформація про програму Фонди на оплату перебування в лікарні осіб із фінансовими труднощами

Пацієнт може претендувати на отримання допомоги з фондів на оплату перебування в лікарні, тобто коштів, які були пожертвовані медичному закладу Yale New Haven Health для надання медичної допомоги пацієнтам, що не можуть дозволити собі стаціонарне лікування. Ці кошти складають невелику частину загального фінансування допомоги, право на яку визначається з урахуванням обмежень благодійників і, якщо це можливо, рекомендацій від представників, що пропонують пацієнтів від імені фонду. Усі пацієнти, які заповняють заявку на отримання фінансової підтримки, автоматично розглядатимуться як кандидати на оплату перебування в лікарні.

Обмеження на витрати

Якщо пацієнти мають право на фінансову підтримку, то з них не стягуватиметься плата, що перевищує "суму, яку зазвичай сплачують" пацієнти зі страховим покриттям за невідкладну й іншу медичну допомогу.

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

Як подати заявку на отримання фінансової підтримки?

Щоб спростити процедуру, Yale New Haven Health використовує одну заявку для своєї програми фінансової підтримки. Виконайте наведені нижче кроки.

Крок 1. Заповніть заявку.

Надайте відповіді на всі запитання, підпишіть заявку й поставте дату. Якщо запитання не стосується вашої родини, напишіть "Н/З" (не застосовується) у відповідному місці.

Крок 2. Долучіть підтвердження доходу до заявки. Підтвердження доходу – це документ, що засвідчує суму прибутку, отриманого вашою родиною на момент заповнення заявки. Типи документів, які можна долучити, див. в таблиці праворуч.

Крок 3. Надішліть заявку поштою або передайте її особисто.

- Обов'язково долучіть:
- заповнену, підписану й датовану заявку;
 - документ, що підтверджує дохід.

Електронною поштою

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

Факсом 203-688-1640

Особисто

Відвідайте будь-яку з наших лікарень за адресою нижче.

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

Додаткова інформація, безкоштовне отримання копії документа Financial Assistance Policy й допомога із заповненням заявки.



Телефоном

855-547-4584
З понеділка по п'ятницю із
7:30 a.m. по 5:00 p.m.



У режимі онлайн

www.ynhhs.org/financialassistance

У таблиці нижче наведено документи, які можуть підтвердити дохід пацієнта

Якщо ваша родина отримує дохід від...	Ви можете долучити копії цих документів як підтвердження доходу. (Такі документи мають бути видані щонайбільше шість місяців тому, єдиним винятком є остання федеральна податкова декларація, дата видачі якої може бути пізнішою.)
Заробітної плати (якщо ви отримуєте заробітну плату або ваша робота оплачується погодинно)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2 (дві) останні зарплатні відомості. АБО <input type="checkbox"/> Лист від вашого роботодавця на фірмовому бланку компанії, у якому слід указати, скільки годин ви працюєте й скільки заробляєте за годину (без вирахування податків).
Самостійної діяльності (якщо ви займаєтесь підприємницькою діяльністю)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Остання федеральна податкова декларація.
Пільг (соціальне забезпечення, компенсації ветеранам або працівникам, пільги з безробіття, пенсійні виплати, дохід із пенсійних фондів, додаткова соціальна допомога [Supplemental Security Income, SSI], аліменти)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Остання довідка про призначення пільг. АБО <input type="checkbox"/> Довідка про пільги. АБО <input type="checkbox"/> Квитанції про виплату пільг.
Здачі житла в оренду	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Копія договору оренди чи письмової угоди, де вказано суму оренди. АБО <input type="checkbox"/> Лист, написаний вами, де вказано суму, яку ви отримуєте на рік від здачі житла в оренду.
Відсотків, дивідендів чи щорічних виплат	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Остання федеральна податкова декларація. АБО <input type="checkbox"/> Довідка фінансової установи, у якій наведено інформацію про суму й періодичність виплат і розмір коштів, виплачених цього року на сьогодні.
Якщо у вас немає доходу	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Лист від особи, яка надає вам фінансову допомогу. АБО <input type="checkbox"/> Якщо вам ніхто не надає матеріальної підтримки, надішліть нам підписаного й датованого листа з інформацією про свій поточний фінансовий стан.

Заявка для участі в програмах фінансової підтримки

Yale New Haven Health використовує одну форму для більшості програм із надання фінансової підтримки. Коли ви заповните цю заявку, ми розглянемо вашу кандидатуру для участі в програмах на отримання медичної допомоги безкоштовно й зі знижкою, а також оплати перебування в лікарні. Указівки із заповнення цієї заявки див. на сторінці 2. Якщо у вас є запитання щодо заявки, зателефонуйте нам на номер **855-547-4584**.



1. Інформація про пацієнта.

Прізвище	Ім'я	Дата народження
Вулиця		Номер телефону
Місто	Штат	Індекс
		Номер медичної карти пацієнта (якщо є)

2. Інформація про родину.

Укажіть дані чоловіка (дружини) та/або всіх дітей, яких ви забезпечуєте і які проживають разом із вами. Не слід указувати партнерів, з якими ви не побралися. Якщо місця для відповідної інформації замало, долучіть окремий документ.

Ім'я члена родини	Ким є для заявника	Дата народження

3. Фінансова інформація.

Укажіть інформацію про всі джерела свого доходу й доходу чоловіка/дружини. Не забудьте долучити підтвердження доходу до заявки. Підтвердження доходу – це документ, що засвідчує суму прибутку, отриманого вашою родиною на момент заповнення заявки. Типи документів, які можна долучити, див. в таблиці на сторінці 2.

Дохід	Пацієнт Укажіть суму. Обведіть: щотижня, раз на два тижні, щороку.	Чоловік/дружина Укажіть суму. Обведіть: щотижня, раз на два тижні, щороку.
Валова заробітна плата / дохід (без вирахування податків)		
На утриманні іншої особи		
Допомога для дитини / отримані аліменти		
Допомога у зв'язку з непрацездатністю		
Пенсійні виплати		
Кошти від здачі житла в оренду		
Дохід від самозайнятості або фермерського господарства		
Соціальне забезпечення / SSI		
Дохід від трастових фондів / спадщина		
Допомога у зв'язку з безробіттям		
Компенсації працівникам		
ЗАГАЛЬНИЙ ДОХІД		
ІНШЕ		
Ліквідні активи (Активи, що можна обміняти на гроші без значної втрати їх вартості. До них належать, зокрема, готівка, золото й легкорезалізовані цінні папери.)		

4. Медичне страхування.

Чи маєте ви якесь медичне страхування, зокрема іншої держави або від Medicare чи Medicaid?

- ТАК НІ

Якщо так, укажіть інформацію про страхування нижче.

Власник страхової карти:	Страхова компанія:	Номер страхового поліса:
Власник страхової карти:	Страхова компанія:	Номер страхового поліса:

- 4a. Чи надає ваш роботодавець фінансування для медичного ощадного рахунку (Health Saving Account, HSA), щоб покрити медичні витрати? ТАК НІ

5. Уважно прочитайте, перш ніж підписувати.

Ставлячи підпис нижче, я підтверджую, що вся інформація, надана мною в цій заяві, є правдивою.

- Я розумію, що мою заявку на отримання фінансової підтримки може бути скасовано через будь-яку неправильні, неповні або неправдиві дані, наведені в цій формі.
- Я надаю Yale New Haven Health дозвіл на перевірку в сієї будь-якої інформації.
- Я дозволяю Yale New Haven Health запрошувати мій звіт про кредитну історію.
- Я погоджуюся виплатити всю суму призначеної фінансової підтримки за надані мені послуги в межах цієї заявки, якщо я отримую будь-які виплати, зокрема за судовим позовом.
- Я підтверджую свою згоду інформувати Yale New Haven Health про будь-які зміни, що можуть вплинути на моє право отримувати фінансову підтримку.
- Я розумію, що у зв'язку з тим, що я подаю заявку на отримання фінансової підтримки, у працівників Yale New Haven Health може виникнути потреба розкрити захищену інформацію про стан мого здоров'я (відповідно до того, яке визначення цей термін має в положенні щодо конфіденційності Акту про мобільність і підзвітність медичного страхування [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA], розділ 42 Кодексу федеральних правил [Code of Federal Regulations, CFR], частини 160–164), щоб перевірити моє право на участь у програмі.
- Я розумію, що таке розкриття інформації робиться для здійснення виплат, як визначено в положенні щодо конфіденційності акту HIPAA.

Підпис заявника або законного опікуна

Дата (ММ.ДД.РРРР)

Прізвище й ім'я заявника або законного опікуна друківаними літерами

Не забудьте долучити документ, що підтверджує дохід, або лист про отримання матеріальної підтримки до заявки про отримання фінансової підтримки.

Заповнені заявки надсилати на адресу:

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