

## مالی اعانت کی پالیسی کا سادہ زبان میں خلاصہ

**درخواست کیسے دیں اور کاپیاں کیسے حاصل کریں**  
درخواست دینے کے لیے، درخواست حاصل کریں، مطلوبہ معلومات مکمل کریں اور ذیل میں واقع مالی اعانت کے ہمارے دفاتر میں سے کسی میں یہ درخواست واپس کریں۔

آپ درخواست، مالی اعانت کی پالیسی اور اس سادہ زبان میں خلاصہ کی مفت کاپی تک [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) پر یا YNHHS hospital کی کسی بھی ویب سائٹ پر، یا مریض کے لیے مالیاتی اور داخلہ سے متعلق خدمات (Patient Financial and Admitting Services) کو 855-547-4584 پر کال کر کے بذریعہ ڈاک، یا بذات خود رجسٹریشن والے حصوں میں، بشمول ہنگامی محکموں (Emergency Departments) میں، ہمارے ہسپتال کی ساری سہولت گاہوں میں حاصل کر سکتے ہیں۔

### ترجمہ کی خدمات کی دستیابی

انگریزی کی محدود مہارت والے مخصوص گروپوں کے لیے، ہماری مالی اعانت کی پالیسی، مالی اعانت کی درخواست اور مالی اعانت کی پالیسی کے اس سادہ زبان میں خلاصہ کے ترجمے کے [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) پر اور ذیل میں مندرج ہسپتال کے مقامات پر دستیاب ہیں۔

**اگر میرے اضافی سوالات ہوں تو میں کس سے رابطہ کر سکتا ہوں؟** مزید جاننے یا درخواست مکمل کرنے میں مدد کے لیے، مریض کے لیے مالیاتی اور داخلہ سے متعلق خدمات سے **855-547-4584** پر رابطہ کریں۔

### پروگرام کی اضافی تفصیلات

#### ہسپتال کے بیڈ فنڈز

جو مریض ہسپتال کی نگہداشت کے متحمل نہیں ہو سکتے انہیں طبی نگہداشت فراہم کرنے کے لیے Yale New Haven Health ہسپتال کو عطیہ کردہ بیڈ فنڈز سے کوئی مریض مالی اعانت موصول کرنے کے اہل ہو سکتا ہے۔ یہ فنڈز مالی اعانت کے لیے مجموعی فنڈنگ کے ایک معمولی حصے کی تلافی کرتے ہیں نیز اہلیت میں عطیہ دہندہ کی پابندیوں کو ملحوظ رکھا جاتا ہے اور، اگر قابل اطلاق ہو تو، فنڈ نامزد کرنے والوں کی طرف سے نامزدگیاں کی جا سکتی ہیں۔ مالی اعانت کی درخواست پُر کرنے والے سبھی مریضوں کو ہسپتال کے بیڈ فنڈز کے لیے خود بخود زیر غور لایا جاتا ہے۔

#### چارجز کی حد

مالی اعانت کے لیے اہل مریضوں کو ہنگامی یا طبی لحاظ سے لازمی دیگر نگہداشت کے لیے بیمہ والے مریضوں کو "عموما جتنی رقم کا بل دیا جاتا ہے" (amount generally billed) اس سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا۔

یالے نیو ہیون ہیلتھ (Yale New Haven Health, YNHHS) درج ذیل شرائط پوری کرنے والے غیر بیمہ شدہ یا کم بیمہ شدہ مریضوں کو ہنگامی اور/یا طبی لحاظ سے لازمی نگہداشت کے لیے مالی اعانت فراہم کرتی ہے:

اگر آپ امریکہ میں رہتے ہیں اور (a) غیر بیمہ شدہ ہیں اور نگہداشت صحت کی سرکاری مراعات پروگرام یا سستی نگہداشت ایکٹ (Affordable Care Act) کی معرفت دستیاب اہل قرار یافتہ صحت منسوبہ کے لیے اہل نہیں ہیں، یا (b) کم بیمہ شدہ ہیں:

#### مفت نگہداشت

آپ اپنے اوپر واجب رقم کی پوری (100%) رعایت کے لیے اہل ہو سکتے ہیں اگر:

- اگر آپ کا خاندان وفاقی سطح افلاس کے 250% سے کم یا اس کے برابر کماتا ہے۔

#### رعایتی نگہداشت

آپ اپنے اوپر واجب رقم کی جزوی رعایت کے لیے اہل ہو سکتے ہیں اگر:

- اگر آپ کا خاندان وفاقی سطح افلاس کے 550% سے کم یا اس کے برابر کماتا ہے۔

#### طبی لحاظ سے مفلس

طبی اعانت کے مدنظر معاملہ در معاملہ کی بنیاد پر ان مریضوں کو بھی ملحوظ رکھا جا سکتا ہے جو مذکورہ بالا آمدنی کا معیار پورا نہیں کرتے ہیں، لیکن جن کے طبی بل خاندان کی آمدنی یا اثاثے کے ایک مخصوص فیصد سے تجاوز کر جاتے ہیں۔

### اکثر پوچھے گئے سوالات

**پروگراموں کے لیے اہل قرار پانے کے لیے زیادہ سے زیادہ آمدنی کی سطحیں کیا ہیں؟**

ہر پروگرام کے لیے آمدنی کی زیادہ سے زیادہ سطح سے متعلق تفصیلات کے لیے [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) ملاحظہ کریں۔

#### کیا مالی اعانت کے لیے دیگر اہلیتیں بھی ہیں؟

اہل ہونے کے واسطے آپ پر مالی اعانت کی درخواست مکمل کرنے اور فریق ثالث کی ادائیگی کے جو کوئی دیگر پروگرام Medicaid دستیاب ہو سکتے ہیں ان کے لیے درخواست دینے میں تعاون کرنا لازم ہے۔

#### مالی اعانت کے تحت کون محیط ہے؟

ہمارے مالی اعانت کے پروگرام (financial assistance programs) صرف Yale New Haven Health کے بلوں کے لیے ہنگامی اور طبی لحاظ سے لازمی دیگر نگہداشت کا احاطہ کرتے ہیں۔ محیط فراہم کنندگان کی فہرست کا لنک [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) پر مل سکتا ہے۔

#### اگر میری درخواست منظور ہوتی ہے تو مجھے کیسے معلوم ہو گا؟

ہم ہر درخواست کا تحریری شکل میں جواب دیں گے۔ اگر آپ کی درخواست مسترد کر دی جاتی ہے، تو آپ کسی بھی وقت دوبارہ درخواست دے سکتے ہیں۔ اضافی ہسپتال کے بیڈ فنڈز ہر سال دستیاب ہوتے ہیں۔

#### 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

#### Greenwich Hospital

5 Perryridge Road, Greenwich, CT

#### Lawrence + Memorial Hospital

365 Montauk Avenue, New London, CT

#### Bridgeport Hospital

267 Grant Street, Bridgeport, CT

#### Bridgeport Hospital – Milford Campus

300 Seaside Ave, Milford, CT

## درج ذیل دستاویزات کو آمدنی کے ثبوت کے بطور استعمال کیا جا سکتا ہے:

<p>آپ آمدنی کے ثبوت کے بطور ان دستاویزات کی نقول منسلک کر سکتے ہیں: (یہ دستاویزات چھ ماہ سے زیادہ پرانی ہرگز نہ ہوں، سوائے آپ کے تازہ ترین وفاقی ٹیکس ریٹرن کے، جو اس سے زیادہ پرانی ہو سکتی ہے۔)</p>	<p>اگر آپ کی فیملی کی آمدنی یہاں سے ہے...</p>
<p>□ دو (2) حالیہ ترین ادائیگی کی پرچیاں، یا آپ کے آجر کی طرف سے خط کمپنی کے لیٹر ہیڈ پر جس میں یہ درج ہو کہ آپ کتنے گھنٹے کام کرتے ہیں اور فی گھنٹہ (ٹیکسوں سے قبل) آپ کتنا کماتے ہیں</p>	<p><b>اجرتیں</b> (اگر آپ تنخواہ لیتے ہیں یا ملازمت کے لیے گھنٹے کے حساب سے ادائیگی حاصل کرتے ہیں)</p>
<p>□ تازہ ترین وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن</p>	<p><b>آزاد پیشہ آمدنی</b> (اگر آپ اپنے لیے کام کرتے ہیں)</p>
<p>□ حالیہ ترین فوائد سے نوازے کا خط، یا مراعات کا اسٹیٹمنٹ، یا ادائیگی کی پرچیاں</p>	<p><b>مراعات</b> (سوشل سیکیورٹی، سابق فوجی، ورکرز کمپنیشن، بے روزگاری، پنشن، ریٹائرمنٹ فنڈز، سوشل سیکیورٹی انکم Social Security) Income, SSI (نقہ)</p>
<p>□ لیز یا تحریری معاہدہ کی کاپی جس پر کرایے کی رقم درج ہو، یا آپ کا لکھا ہوا خط، جس پر ہر سال آپ کو موصول ہونے والے کرایے کی رقم درج ہو</p>	<p><b>کرایے سے آمدنی</b></p>
<p>□ تازہ ترین وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن، یا مالی ادارے کی جانب سے گوشوارہ جس پر ادائیگی کی رقم اور اس کی فریکوئنسی اور اس سال اب تک ادا شدہ رقم درج ہو</p>	<p><b>سود، منافع، یا سالیانہ ادائیگیاں</b></p>
<p>□ آپ کی امداد کرنیوالے شخص کی جانب سے ایک خط، یا اگر آپ کے پاس کوئی ایسا شخص نہیں ہے جو آپ کی امداد کرتا ہو تو، آپ کی موجودہ مالی حالت کی وضاحت پر مشتمل دستخط مع تاریخ درج کردہ خط بھیجیں</p>	<p><b>اگر آپ کی کوئی آمدنی آمدنی</b></p>

## میں مالی معاونت کے لیے کیسے درخواست دوں؟

مالی اعانت کے لیے درخواست دینا آسان تر بنانے کے لیے، Yale New Haven Health مالی اعانت کے اپنے پروگراموں کے لیے ایک درخواست کا استعمال کرتا ہے۔ درخواست دینے کے لیے، ذیل کے مراحل کو مکمل کریں۔

### مرحلہ 1: درخواست مکمل کریں۔

براہ مہربانی تمام سوالات کے جوابات دیں اور درخواست پر دستخط کریں اور تاریخ درج کریں۔ اگر کوئی سوال آپ کے خاندان پر قابل اطلاق نہیں ہے، تو براہ کرم فراہم کردہ جگہ میں "N/A" (نا قابل اطلاق) لکھیں۔

**مرحلہ 2: آمدنی کا ثبوت منسلک کریں** اپنی درخواست کے ساتھ آمدنی کا ثبوت ایک دستاویز ہے جو ظاہر کرتی ہے کہ آپ کی درخواست بھرتے وقت آپ کے خاندان کی کتنی آمدنی ہوتی ہے۔ دستاویزات کی جو اقسام قبول کی جا سکتی ہیں ان کے لیے دائیں طرف کا جدول دیکھیں۔

### مرحلہ 3: درخواست بذریعہ ڈاک بھیجیں یا خود ہمارے پاس تشریف لائیں۔

1. مکمل، دستخط شدہ اور تاریخ درج شدہ درخواست
2. آمدنی کا ثبوت

✉ بذریعہ ڈاک:

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

📠 بذریعہ فیکس: 203-688-1640

🚶 بذات خود:

ذیل میں سے ہمارے کسی بھی مقام پر تشریف لائیں:

**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

مزید جاننے، ہماری مالی اعانت کی پالیسی کی کاپی حاصل کرنے، یا درخواست مکمل کرنے میں مدد کے لیے۔



آن لائن:

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



بذریعہ فون:

855-547-4584

پیر سے جمعہ صبح  
7:30 سے 5 بجے تک

مالی اعانت پروگراموں کے لیے درخواست

Yale New Haven Health مالی اعانت کے بیشتر پروگراموں کے لیے ایک درخواست کا استعمال کرتا ہے۔ یہ درخواست مکمل کرنے پر، آپ کو ہمارے مفت نگہداشت اور رعایتی نگہداشت کے پروگراموں اور ہسپتال کے بیڈ فنڈز کے لیے زیر غور لایا جائے گا۔ مالی معاونت کے لیے درخواست دینے پر طریق کار سے متعلق ہدایات کے لیے، براہ کرم صفحہ 2 دیکھیں۔ اگر اس درخواست کے بارے میں آپ کے کوئی سوالات ہوں تو، ہمیں 855-547-4584 پر کال کریں۔

1. مریض کی معلومات:

آخری نام	پہلا نام	تاریخ پیدائش
گلی کا پتہ	ریاست:	ٹیلیفون نمبر
شہر:	زپ کوڈ	طبی ریکارڈ نمبر (اگر دستیاب ہو)

2. خاندان کی معلومات: اپنے/اپنی شریک حیات اور/یا آپ کے گھرانے میں رہنے والے کسی منحصر بچے کو درج کریں۔ غیر شادی شدہ والدین کو شامل نہ کریں۔ اگر مزید جگہ درکار ہو تو، براہ کرم علیحدہ دستاویز منسلک کریں۔

خاندان کے فرد کا نام	درخواست گزار سے تعلق	تاریخ پیدائش

3. مالی معلومات: اپنے لیے اور اپنے/اپنے شریک حیات کے لیے آمدنی کے تمام ذرائع کی معلومات شامل کریں۔ براہ کرم اپنی درخواست کے ساتھ آمدنی کا ثبوت یاد سے منسلک کریں۔ آمدنی کا ثبوت ایک دستاویز ہے جو ظاہر کرتی ہے کہ آپ کی درخواست بھرتے وقت آپ کے خاندان کی کتنی آمدنی ہوتی ہے۔ آمدنی کے ثبوت کے بطور جو دستاویزات استعمال کی جا سکتی ہیں ان کی اقسام کے لیے صفحہ 2 سے رجوع کریں۔

آمدنی	مریض	شریک حیات
رقم درج کریں	رقم درج کریں	رقم درج کریں
دائرہ بنائیں ہفتہ وار، دو ہفتے پر، ماہانہ	دائرہ بنائیں ہفتہ وار، دو ہفتے پر، ماہانہ	دائرہ بنائیں ہفتہ وار، دو ہفتے پر، ماہانہ
مجموعی اجرتیں/کمائیاں (ٹیکس سے پہلے)		
دیگر فرد سے امداد یافتہ		
موصولہ امداد اطفال/نفقہ		
معذوری کی مراعات		
پنشن کی مراعات		
موصولہ کرایے کی آمدنی		
خود کے روگاری یا فارم سے کمائیاں		
سوشل سیکیورٹی/SSI کی مراعات		
ٹرسٹ فنڈز/وراثت		
بے روزگاری کی مراعات		
ورک مینز کمپنیشن		
کل آمدنی		
دیگر		
امالی اثاثے (وہ اثاثے جن کو مختصر نوٹس پر، مالیت گنوائے بغیر نقدی کے عوض بدلا جا سکتا ہے) مثلاً، نقد، سونا، یا مارکیٹ کے قابل سیکیورٹیز		

#### 4. صحت بیمہ:

کیا آپ کسی بھی صحت بیمہ پالیسی، بشمول Medicare یا Medicaid، یا دوسرے ملک کی کوریج کے تحت محیط ہیں؟  ہاں  نہیں

اگر ہاں، تو براہ کرم اپنے بیمہ کی معلومات نیچے درج کریں:

پالیسی کا حامل:	بیمہ کنندہ:	پالیسی کا نمبر:
پالیسی کا حامل:	بیمہ کنندہ:	پالیسی کا نمبر:

a4. کیا آپ کا آجر آپ کے طبی اخراجات ادا کرنے میں مدد کے لیے ہیلتھ سیونگ اکاؤنٹ (Health Saving Account, HSA) فنڈ کی کفالت کرتا ہے؟  ہاں  نہیں

#### 5. براہ مہربانی دستخط کرنے سے پہلے بغور پڑھ لیں:

ذیل میں دستخط کر کے، میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے اس درخواست پر جو کچھ بھی بیان کیا ہے اور کوئی بھی منسلکہ دستاویز درست/سچ پر مبنی ہے۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس فارم پر غلط، نامکمل، یا جھوٹی معلومات کے نتیجے میں مالی اعانت کے لیے میری درخواست مسترد ہو سکتی ہے۔

میں Yale New Haven Health کو کسی بھی یا تمام معلومات کی توثیق کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

میں Yale New Haven Health کو میرے کریڈٹ رپورٹ کی درخواست کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

میں اس درخواست کے ذریعے محیط خدمات کے لیے مالی اعانت کے اپنے ایوارڈ کی پوری رقم واپس ادا کرنے پر متفق ہوں اگر مجھے کسی بھی قسم کی ادائیگی، بشمول مقدمہ بازی سے ایوارڈز موصول ہوتے ہیں۔

میں Yale New Haven Health کو کسی بھی ایسی تبدیلی سے مطلع کرنے پر متفق ہوں جن سے مالی اعانت کے لیے میری اہلیت تبدیل ہو سکتی ہو۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مالی اعانت کے لیے میری درخواست کے سلسلے میں، Yale New Haven Health کو میری اہلیت کا تعین کرنے کے لیے میرے بارے میں تحفظ یافتہ معلومات صحت (جیسا کہ اس اصطلاح کی وضاحت صحت بیمہ کی انتقال پذیری اور جوابدہی ایکٹ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) کی رازداری کے اصول، 42 کوڈ آف فیڈرل ریگولیشن (Code of Federal Regulation, CFR) پارٹس 160 سے لے کر 164 تک میں کی گئی ہے) کا انکشاف کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ کوئی بھی انکشاف ادائیگی کے مقاصد سے ہو گا، جیسا کہ HIPAA کی رازداری کے اصول میں بیان کیا گیا ہے۔

تاریخ (دن/ماہ/سال)

درخواست دینے والے شخص یا قانونی نمائندہ کے دستخط

درخواست دینے والے شخص یا قانونی نمائندہ کا نام جلی حروف میں

**اپنی مالی معاونت کی درخواست کے ساتھ آمدنی کا ثبوت یا معاونت کا خط شامل کرنا یاد رکھیں۔**

**مکمل کی گئی درخواستیں اس پتہ پر بھیجیں:**

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