

Resumo da Política de Assistência Financeira

O Yale New Haven Health entende que pode ser difícil para alguns pacientes pagar suas contas hospitalares. Por isso temos diversos programas de assistência financeira com o intuito de ajudar. Os pacientes devem preencher um formulário de pedido de assistência financeira e fornecer os documentos solicitados para verificar a necessidade de apoio financeiro.

Assistência gratuita

Você pode qualificar-se para assistência gratuita se:

- Sua família recebe menos que ou igual a 2½ vezes o nível federal de pobreza; e
- Você preencher um pedido de assistência financeira

Assistência com desconto

Você pode ser elegível para assistência médica com desconto se:

- Sua família recebe menos que ou igual a 5½ vezes o nível federal de pobreza;
- Você não tiver seguro; e
- Você preencher um pedido de assistência financeira

Escala móvel Você pode ser elegível para a escala móvel se:

- Sua família recebe menos que ou igual a 5½ vezes o nível federal de pobreza;
- Você tem seguro; e
- Você preencher um pedido de assistência financeira

Perguntas frequentes

Quais são os níveis máximos de renda para ter direito aos programas?

Para detalhes sobre os níveis máximos de renda de cada programa, visite www.ynhhs.org/financialassistance.

Existem outras condições para obter assistência financeira?

Além de cumprir as condições de renda, você deve ter contas atuais ou uma consulta agendada e ser um cidadão americano ou residir nos Estados Unidos para ter direito.

O que é coberto pela assistência financeira?

Nossos programas de assistência financeira cobrem apenas contas de cuidados emergenciais e outros cuidados médicos necessários do Yale New Haven Health. Um link para a lista de especialidades cobertas pode ser encontrado em www.ynhhs.org/financialassistance.

Por quanto tempo serei elegível?

Depois de aprovado para assistência gratuita, assistência com desconto ou escala móvel, você estará elegível por 12 meses a partir da data de aprovação do pedido.

Como saberei se meu pedido foi aprovado?

Responderemos a cada pedido por escrito. Se o pedido for negado, é possível solicitar novamente a qualquer momento. Fundos hospitalares adicionais gratuitos são disponibilizados todos os anos.

Quem devo procurar se tiver mais perguntas?

Para mais informações, obtenha uma cópia gratuita da nossa Política de Assistência Financeira e formulário de pedido ou, para obter ajuda com o pedido, entre em contato com os Serviços de Financiamento e Admissão de Pacientes, pelo telefone 855-547-4584.

Detalhes adicionais do programa Fundos hospitalares restritos

Os fundos hospitalares restritos foram doados para fornecer assistência médica gratuita ou com desconto a indivíduos que atendem aos critérios individuais de custeio. Você pode ser elegível para receber esses financiamentos para reduzir ou eliminar sua conta se tiver uma necessidade financeira comprovada, conforme determinado pelo representante do financiamento, e atender a todos os critérios de elegibilidade para receber financiamentos (cada financiamento tem critérios exclusivos). Não há limite de renda específico para receber os financiamentos hospitalares restritos. A elegibilidade é determinada caso a caso pelos representantes do financiamento com base nas dificuldades financeiras. Todos os pacientes que preencherem o pedido de assistência financeira do YNHHS serão automaticamente considerados para os financiamentos hospitalares restritos.

Programa "Me & My Baby" (Eu e meu bebê) do Yale New Haven Hospital

Este programa destina-se às pacientes do Yale New Haven Hospital. Ele fornece serviços de pré-natal, trabalho de parto e parto, além de alguns cuidados pós-parto gratuitamente para todas as mulheres que tenham direito se:

1. Você mora no Condado de New Haven.
2. Você não possui nenhum tipo de seguro de saúde.
3. Sua família ganha menos que ou igual a 2 ½ vezes o nível de pobreza federal.
4. Você solicita a Assistência do Estado (Medicaid) e recebe uma decisão por escrito válida.

Para mais informações ou solicitar um formulário de pedido do programa Me & My Baby (Eu e meu bebê) do Yale New Haven Hospital, entre em contato com nossos representantes no Women's Center (Centro para mulheres) ou ligue para **203-688-5470**.

Ambulatório do Hospital Greenwich

O Ambulatório do Greenwich Hospital oferece assistência gratuita ou com desconto a indivíduos que solicitem e sejam aprovados para associação à clínica. Se você não possui seguro e não é elegível para Assistência do Estado (Medicaid), poderá ser elegível se:

1. Você reside em Greenwich.
2. Você tem renda familiar menor que ou igual a 4 vezes o nível de pobreza federal.

Para mais informações ou para obter um formulário de pedido, ligue para **203-863-3334**.

Uma observação sobre os programas

Pacientes elegíveis à assistência financeira não receberão cobranças maiores do que o montante geralmente cobrado de pacientes com seguro para emergências ou outros cuidados médicos necessários. Estão disponíveis traduções da nossa Política de Assistência Financeira, Resumo da Política de Assistência Financeira e Formulário de Pedido para certos grupos com proficiência limitada em inglês.

Como faço para solicitar assistência financeira?

Para facilitar a solicitação de assistência financeira, o Yale New Haven Health usa um formulário de pedido para a maioria dos programas de assistência financeira. Para solicitar, siga os passos abaixo.

Passo 1: Preencha o formulário de pedido.

Responda a todas as perguntas, assinhe e coloque a data no pedido. Se uma pergunta não se aplicar à sua família, escreva "N/A" (não aplicável) no espaço fornecido.

Passo 2: Anexe um comprovante de renda ao pedido.

Comprovante de renda é um documento que mostra a renda da família no momento do preenchimento do formulário de pedido. Consulte a tabela à direita para os tipos de documentos que podem ser usados.

Passo 3: Envie o pedido por correio ou visite-nos pessoalmente.

Por favor inclua:

1. O formulário de pedido preenchido, assinado e datado
2. Comprovante de renda

Por correio:

Yale New Haven Health
SBO, a/c: Assistência Financeira
PO BOX 1403
New Haven, CT 06505



Pessoalmente:

Visite-nos em qualquer um dos nossos locais abaixo:

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 mais informações, obtenha uma cópia gratuita da nossa Política de Assistência Financeira, ou para obter ajuda para fazer um pedido.



Por telefone:

855-547-4584
Seg. a Sex., das 7h30 às 17h



On-line:

www.ynhhs.org/financialassistance

Os documentos a seguir podem ser usados como comprovante de renda:

Se a renda da sua família for de...	Você pode anexar cópias desses documentos como comprovante de renda: (Estes documentos devem ter no máximo seis meses, exceto para a Declaração de Imposto de Renda mais recente, que pode ser mais antiga.)
Salário (Se recebe um salário ou é pago por hora para um trabalho)	<ul style="list-style-type: none"> – Dois (2) holerites mais recentes, OU – Uma carta do empregador em papel timbrado da empresa informando quantas horas você trabalha e quanto ganha por hora (antes dos impostos)
Renda de autônomo (Se for trabalhador autônomo)	<ul style="list-style-type: none"> – Declaração de Imposto de Renda mais recente (deve ser assinada por você)
Benefícios (Previdência Social, seguro de veterano de guerra, seguro desemprego, pensões, fundos de aposentadoria, SSI, pensão alimentícia)	<ul style="list-style-type: none"> – Carta de concessão de benefícios mais recente, OU – Declaração de benefícios, OU – Holerites
Renda de aluguéis	<ul style="list-style-type: none"> – Cópia do contrato de aluguel ou acordo por escrito mostrando valor do aluguel, OU – Uma carta escrita por você, indicando o valor do aluguel que recebe por ano
Juros, dividendos ou pagamentos de anuidades	<ul style="list-style-type: none"> – Declaração de Imposto de Renda mais recente, OU – Declaração da instituição financeira indicando o valor e a frequência de pagamentos e o valor pago este ano até a data
Caso não tenha renda	<ul style="list-style-type: none"> – Uma carta da pessoa que o(a) sustente, OU – Se você não tiver uma pessoa que o(a) sustente, envie uma carta assinada e datada explicando sua situação financeira atual

Inscrição para os programas de assistência financeira

O Yale New Haven Health usa um formulário de pedido para a maioria dos programas de assistência financeira. Ao concluir este pedido, você será considerado para os programas de Assistência Gratuita, Assistência com Desconto, Escala Variável e Fundo Hospitalar. Para obter instruções sobre como solicitar ajuda financeira, por favor consulte a página 2. Em caso de dúvidas sobre esta solicitação, ligue para 1-855-547-4584.



1. Dados do paciente:

_____		_____	
Sobrenome	Nome		
_____		_____	
Endereço		Data de nascimento	
_____		_____	
Cidade	Telefone	Estado	Código postal
_____		_____	
		Número do prontuário médico (se disponível)	

2. Informação familiar: Liste o cônjuge e/ou filhos dependentes que vivem em sua residência. Não inclua parceiros não casados. Se necessitar de mais espaço, anexe uma folha separada.

Nome do membro da família	Relação com o solicitante	Data de nascimento

3. Dados de renda:

Inclua informações sobre todas as fontes de renda para você e seu cônjuge. Devem ser fornecidos dados de renda para você e seu cônjuge. As fontes de renda podem incluir, entre outras: salários, pensão alimentícia, previdência social, seguro desemprego, renda de aluguel, seguro de acidente de trabalho e pensão alimentícia para filhos. Caso não tenha renda, anexar uma carta ao pedido. (Consulte as instruções na página 2)

Nome do membro da família	Fonte de renda	Valor recebido antes de impostos	Desempregado/ Não possui
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/>

4. Seguro saúde:

Você tem cobertura de seguro por qualquer apólice de seguro saúde, incluindo Medicare ou Medicaid, ou cobertura de um país estrangeiro? SIM NÃO

Se **sim**, anexe uma cópia frente e verso da carteirinha do seguro a este pedido ou insira o seguinte:

Titular da apólice:	Seguradora:	Número da apólice:
Titular da apólice:	Seguradora:	Número da apólice:

5. Por favor leia com atenção antes de assinar:

Ao assinar abaixo, certifico que tudo o que afirmei neste pedido e qualquer anexo é verdade.

- Entendo que qualquer informação incorreta, incompleta ou falsa neste formulário pode resultar na rejeição do meu pedido de assistência financeira.
- Eu dou permissão ao Yale New Haven Health para verificar toda e qualquer informação.
- Eu dou permissão ao Yale New Haven Health para verificar meu relatório de crédito.
- Concordo em reembolsar o valor total do meu prêmio de assistência financeira se receber qualquer tipo de pagamento, incluindo prêmios de uma ação judicial, pelos serviços cobertos por este pedido.
- Concordo em informar ao Yale New Haven Health sobre quaisquer alterações que possam mudar minha elegibilidade à assistência financeira.
- Eu entendo que, em conexão com o meu pedido de assistência financeira, o Yale New Haven Health pode precisar divulgar informações médicas protegidas (conforme o termo é definido na regra de privacidade da HIPAA, 42 CFR Partes 160 a 164) sobre mim, a fim de determinar minha elegibilidade.
- Entendo que essa divulgação será para fins de pagamento, conforme definido na regra de privacidade da HIPAA.

Assinatura do solicitante ou do responsável legal

Data

Nome por extenso do solicitante ou do responsável legal

Lembre-se de incluir um comprovante de renda ou uma carta de suporte no seu pedido de assistência financeira.

Envie formulários de pedido preenchidos para:

Yale New Haven Health
SBO, a/c: Assistência Financeira
PO BOX 1403
New Haven, CT 06505