

Tóm Lược về Chính Sách Hỗ trợ Tài Chính

Yale New Haven Health hiểu rằng, có những bệnh nhân gặp khó khăn trong việc chi trả các khoản phí y tế của họ. Đó là lý do vì sao chúng tôi có nhiều chương trình hỗ trợ tài chính nhằm giúp đỡ bệnh nhân. Bệnh nhân cần điền đơn xin hỗ trợ tài chính và cung cấp các tài liệu cần thiết để xác minh nhu cầu hỗ trợ tài chính.

Chăm sóc miễn phí

Quý vị có thể hội đủ điều kiện được chăm sóc miễn phí nếu:

- Thu nhập của gia đình quý vị không nhiều hơn 2½ lần Mức Nghèo Liên Bang; và
- Quý vị đã hoàn thành đơn đăng ký xin hỗ trợ tài chính

Chăm sóc hỗ trợ giảm giá

Quý vị có thể hội đủ điều kiện được chăm sóc hỗ trợ giảm giá nếu:

- Thu nhập của gia đình quý vị không nhiều hơn 5½ lần Mức Nghèo Liên Bang;
- Quý vị không có bảo hiểm; và
- Quý vị đã hoàn thành đơn đăng ký xin hỗ trợ tài chính

Thang đổi chiếu

Quý vị có thể hội đủ điều kiện cho thang đổi chiếu nếu:

- Thu nhập của gia đình quý vị không nhiều hơn 5½ lần Mức Nghèo Liên Bang; và
- Quý vị không có bảo hiểm; và
- Quý vị đã hoàn thành đơn đăng ký xin hỗ trợ tài chính

Các câu hỏi thường gặp

Các mức thu nhập tối đa để đủ điều kiện cho các chương trình là bao nhiêu?

Để biết chi tiết về mức thu nhập tối đa của mỗi chương trình, hãy truy cập www.ynhhs.org/financialassistance

Có tiêu chuẩn nào khác để được hỗ trợ tài chính không?

Ngoài việc đáp ứng các tiêu chuẩn về thu nhập, quý vị phải có các hóa đơn gần đây hoặc một cuộc hẹn theo lịch trình và là công dân hoặc cư dân Hoa Kỳ để đủ điều kiện.

Những gì sẽ được bảo hiểm dưới sự hỗ trợ tài chính?

Các chương trình hỗ trợ tài chính của chúng tôi chỉ bao gồm các trường hợp cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế cho các hóa đơn Yale New Haven Health. Liên kết đến danh sách các nhà cung cấp được thanh toán bảo hiểm tại www.ynhhs.org/financialassistance.

Tôi sẽ đủ điều kiện trong bao lâu?

Sau khi được phê duyệt cho chương trình Chăm Sóc Miễn Phí, Chăm Sóc Giảm Giá hoặc Thang Đổi Chiếu, quý vị sẽ vẫn đủ điều kiện trong 12 tháng kể từ ngày nộp đơn được phê duyệt.

Làm thế nào để tôi biết là đơn của tôi được chấp thuận?

Chúng tôi sẽ trả lời từng đơn bằng văn bản. Trong trường hợp đơn của quý vị bị từ chối, quý vị có thể đăng ký lại bất cứ lúc nào. Quỹ giường bệnh miễn phí được bổ sung hàng năm.

Tôi có thể liên hệ với ai nếu tôi có câu hỏi?

Để tìm hiểu thêm thông tin, hãy nhận bản sao miễn phí của Chính sách và Đơn Hỗ trợ Tài chính của chúng tôi hoặc để được trợ giúp hoàn thành đơn đăng ký, hãy liên hệ với Dịch vụ Tài chính và Tiếp nhận cho Bệnh nhân theo số 855-547-4584.

Chi tiết Chương trình Bổ sung

Quỹ giường bệnh giới hạn

Quỹ giường bệnh giới hạn được quyên góp nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc chăm sóc giảm giá cho những bệnh nhân nào đáp ứng các tiêu chí cá nhân của quỹ. Quý vị sẽ thể đủ điều kiện hội đủ để nhận các khoản quỹ này để giảm một phần hoặc toàn bộ hóa đơn của mình nếu quý vị có nhu cầu hỗ trợ tài chính được chứng minh theo quyết định của người được chỉ định của quỹ và quý vị đáp ứng tất cả các tiêu chí đủ điều kiện để nhận tiền (mỗi quỹ có tiêu chí riêng). Không có giới hạn về thu nhập cụ thể cho các trường hợp nhận tài trợ từ quỹ giường bệnh giới hạn. Điều kiện hội đủ sẽ được các nhân viên của quỹ xác định trên từng trường hợp, căn cứ theo mức độ khó khăn về tài chính. Tất cả các bệnh nhân nộp đơn xin hỗ trợ tài chính cho YNHHS đều được tự động đưa vào danh sách xem xét đối với các quỹ giường bệnh giới hạn.

Chương trình “Me & My Baby” của Bệnh viện Yale New Haven

Chương trình này được áp dụng cho bệnh nhân của Bệnh viện Yale New Haven. Chương trình cung cấp miễn phí các dịch vụ chăm sóc tiền sản, chuyển dạ và sinh nở, và một số dịch vụ chăm sóc hậu sản, cho những người đủ tiêu chuẩn tiếp nhận, nếu:

1. Quý vị sinh sống tại Hạt New Haven.
2. Quý vị không có bất kỳ bảo hiểm y tế nào.
3. Gia đình quý vị có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 2½ lần Mức Nghèo Liên Bang.
4. Quý vị nộp đơn xin Trợ cấp Bang (Medicaid) và nhận được quyết định bằng văn bản hợp lệ.

Để biết thêm thông tin hoặc yêu cầu mẫu đơn ghi danh Chương trình Me & My Baby của Bệnh viện Yale New Haven, vui lòng gặp đại diện của chúng tôi tại Trung tâm Phụ nữ hoặc gọi điện đến số **203-688-5470**

Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Greenwich

Phòng khám Ngoại trú Bệnh viện Greenwich cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá cho các cá nhân đã ghi danh và được chấp thuận làm thành viên của phòng khám. Nếu quý vị không có bảo hiểm và không đủ điều kiện nhận Trợ cấp Nhà nước (Trợ cấp Y tế), quý vị có thể sẽ hội đủ điều kiện nếu:

1. Quý vị là cư dân sinh sống tại Greenwich
2. Thu nhập của gia đình quý vị thấp hơn hoặc bằng 4 lần Diện Nghèo Khó theo Luật Liên Bang.

Để biết thêm thông tin hoặc để có được mẫu đơn, xin vui lòng gọi đến số **203-863-3334**.

Lưu ý về các chương trình

Bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính sẽ không bị tính phí nhiều hơn số tiền thông thường được tính cho bệnh nhân có bảo hiểm về cấp cứu hoặc những dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết khác. Chúng tôi có bản dịch của Quy định về trợ giúp tài chính, Bản tóm lược về Quy định về trợ giúp tài chính và Mẫu đơn dành cho những người có khả năng Anh ngữ giới hạn.

Làm sao tôi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính?

Để xin hỗ trợ tài chính dễ dàng hơn, Yale New Haven Health đã áp dụng một mẫu đơn cho hầu hết các chương trình hỗ trợ tài chính. Để đăng ký, xin hoàn thành các bước sau.

Bước 1: Hoàn thành đơn.

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi và ký và ghi ngày ký đơn. Nếu có câu hỏi nào không áp dụng cho trường hợp gia đình quý vị, xin ghi chữ "N/A" (nghĩa là "không áp dụng") vào chỗ trống có sẵn.

Bước 2: Đính kèm bằng chứng thu nhập vào đơn của quý vị. Bằng chứng thu nhập là tài liệu trình bày tổng thu nhập của gia đình quý vị tại thời điểm quý vị điền đơn. Xin xem bảng bên phải để biết những loại tài liệu quý vị có thể dùng.

Bước 3: Gửi đơn đăng ký hoặc trực tiếp ghé thăm chúng tôi.

Xin hãy mang theo:

1. Đơn đăng ký đã điền đầy đủ, có ký tên và đề ngày
2. Bằng chứng thu nhập:

Gửi thư qua bưu điện:

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

Đến gặp trực tiếp:

Ghé thăm chúng tôi tại bất kỳ địa điểm nào của chúng tôi dưới đây

Bệnh viện Bridgeport
267 Grant Street, Bridgeport, CT

Bridgeport Hospital – Milford Campus
300 Seaside Ave, Milford, CT

Bệnh viện Greenwich
5 Perryridge Road, Greenwich, CT

Bệnh viện Lawrence + Memorial
365 Montauk Avenue, New London, CT

Bệnh viện Westerly
25 Wells Street, Westerly, RI

Bệnh viện Yale New Haven
20 York Street, New Haven, CT

Yale New Haven Hospital – Raphael Campus
20 York Street, New Haven, CT

Để tìm hiểu thêm, hãy lấy một bản sao miễn phí của Chính sách Hỗ trợ Tài chính của chúng tôi hoặc để được trợ giúp hoàn thành đơn đăng ký



Điện thoại:
855-547-4584
M-F 7:30am – 5:00pm



Trực tuyến:
www.ynhhs.org/financialassistance

Các tài liệu sau đây có thể được sử dụng làm bằng chứng thu nhập:

Nếu thu nhập của gia đình quý vị là từ ...	Quý vị có thể đính kèm bản sao những tài liệu sau làm bằng chứng thu nhập: (Những giấy tờ này không được cũ hơn sáu tháng, riêng Tờ Khai Thuế Liên Bang thì có thể cũ hơn sáu tháng.)
Lương (Nếu quý vị có lương hay được trả công theo giờ cho một công việc)	<ul style="list-style-type: none"> – Hai (2) CUỐNG phiếu lương gần đây nhất, HOẶC – Thư của chủ doanh nghiệp, có in tiêu đề thư của doanh nghiệp, cho biết quý vị làm việc bao nhiêu giờ và được trả công bao nhiêu mỗi giờ (trước thuế)
Thu nhập từ công việc tự do (Nếu quý vị làm việc độc lập)	<ul style="list-style-type: none"> – Tờ Khai Thuế Liên Bang mới nhất (phải có chữ ký của quý vị)
Các khoản phúc lợi (An Sinh Xã Hội, Cựu Quân Nhân, Bồi Thường Lao Động, Thất Nghiệp, Lương hưu, Quý Hưu Trí, Tiền Trợ Cấp An Sinh Xã hội [SSI], tiền cấp dưỡng cho vợ)	<ul style="list-style-type: none"> – Thư thông báo quyền hưởng phúc lợi gần đây nhất, HOẶC – Báo Cáo Phúc Lợi, HOẶC – Cuống ngân phiếu
Thu Nhập từ Tài Sản Cho Thuê	<ul style="list-style-type: none"> – Bản sao hợp đồng cho thuê hoặc văn bản thỏa thuận cho thuê, có ghi rõ số tiền cho thuê, HOẶC – Một lá thư do quý vị viết, cho biết số tiền cho thuê quý vị thu vào mỗi năm
Lợi Tức, Cổ Tức, hoặc Niên Kim	<ul style="list-style-type: none"> – Tờ Khai Thuế Thu Nhập Liên Bang gần đây nhất, HOẶC – Báo cáo của tổ chức tài chính, có nêu rõ số tiền và số lần chi trả, cùng với số tiền đã trả trong năm nay, tính đến ngày nộp đơn
Nếu quý vị không có thu nhập	<ul style="list-style-type: none"> – Một lá thư từ người đang bảo trợ quý vị, HOẶC – Nếu quý vị không được ai bảo trợ, hãy gửi một lá thư có ký tên và đề ngày tháng, giải thích tình hình tài chính hiện tại của quý vị

Đơn xin Chương trình Hỗ trợ Tài chính

Yale New Haven Health dùng chung một mẫu đơn cho hầu hết các chương trình hỗ trợ tài chính. Khi hoàn thành đơn đăng ký này, quý vị sẽ được xem xét các chương trình Chăm sóc Miễn phí, Chăm sóc Giảm giá, Thang Đối Chiếu và Quỹ Giường bệnh của chúng tôi. Xin xem hướng dẫn cách nộp đơn xin hỗ trợ tài chính tại trang 2. Nếu quý vị có thắc mắc gì về đơn này, xin gọi cho chúng tôi theo số 855-547-4584.



1. Thông tin Bệnh nhân:

_____		_____	
Họ	Tên		
_____		_____	
Địa chỉ		Ngày sinh	
_____		_____	
Thành phố	Bang	Mã Zip	Điện thoại
_____		_____	
Số Hồ sơ Y tế (nếu có)			

2. Thông tin gia đình: Liệt kê bạn đời của quý vị và/hoặc bất kỳ người con phụ thuộc nào đang sống trong gia đình quý vị. Không bao gồm các bạn đời không kết hôn. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, xin hãy đính kèm theo một tài liệu tách rời.

Tên của thành viên trong gia đình	Mối quan hệ với người nộp đơn	Ngày sinh

3. Thông tin Thu nhập:

Bao gồm thông tin về tất cả các nguồn thu nhập của quý vị và vợ/chồng của quý vị. Thông tin thu nhập của quý vị và vợ/chồng của quý vị phải được cung cấp. Các nguồn thu nhập có thể bao gồm nhưng không giới hạn là: tiền lương/tiền công, tiền cấp dưỡng, an sinh xã hội, thất nghiệp, thu nhập cho thuê, bồi thường cho công nhân, và hỗ trợ trẻ em. Nếu quý vị hoàn toàn không có thu nhập, hãy đính kèm thư hỗ trợ cho đơn đăng ký của quý vị. (Xem hướng dẫn ở Trang 2)

Tên của thành viên trong gia đình	Nguồn thu nhập	Tổng thu nhập trước thuế	Thất nghiệp / Không có thu
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Hằng tuần <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Hằng tháng	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Hằng tuần <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Hằng tháng	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Hằng tuần <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Hằng tháng	<input type="checkbox"/>

4. Bảo hiểm Y tế:

Quý vị có được bảo hiểm theo bất kỳ chính sách bảo hiểm y tế nào, bao gồm cả Medicare hoặc Trợ cấp Y tế, hoặc bảo hiểm từ nước ngoài không? CÓ KHÔNG

Nếu có, vui lòng đính kèm một bản sao mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm của quý vị vào đơn này hoặc nhập thông tin sau:

Người được bảo hiểm:	Công Ty Bảo Hiểm:	Hợp đồng bảo hiểm số:
Người được bảo hiểm:	Công ty bảo hiểm:	Hợp đồng bảo hiểm số:

5. Vui lòng đọc kỹ trước khi ký:

Với việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tất cả những gì tôi đã nêu trong đơn đăng ký này và bất kỳ tệp đính kèm nào là đúng.

- Tôi hiểu rằng mọi thông tin không chính xác, không đầy đủ hoặc sai trong mẫu đơn này đều có thể dẫn đến việc từ chối đơn xin hỗ trợ tài chính của tôi.
- Tôi cho phép Yale New Haven Health xác minh bất kỳ và tất cả thông tin.
- Tôi cho phép Yale New Haven Health yêu cầu báo cáo tín dụng của mình.
- Tôi đồng ý hoàn trả toàn bộ số tiền hỗ trợ tài chính của mình nếu tôi nhận được bất kỳ khoản thanh toán nào khác, kể cả tiền thưởng từ một vụ kiện nào đó, cho các dịch vụ được áp dụng trong đơn này.
- Tôi đồng ý thông báo cho Yale New Haven Health về bất kỳ thay đổi nào có thể thay đổi điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi.
- Tôi hiểu rằng liên quan đến đơn xin hỗ trợ tài chính của mình, Yale New Haven Health có thể cần tiết lộ Thông tin Sức khỏe Được bảo vệ (vì thuật ngữ đó được định nghĩa trong Quy tắc Bảo mật của HIPAA, 42 CFR, các Phần 160 đến 164) về tôi để xác định việc hội đủ điều kiện của mình.
- Tôi hiểu rằng mọi tiết lộ đó sẽ là vì mục đích thanh toán, như được định nghĩa trong Quy tắc Bảo mật của HIPAA.

Chữ ký của người nộp đơn hoặc người giám hộ hợp pháp Ngày

Data

Tên in hoa của người nộp đơn hoặc người giám hộ hợp pháp

Hãy nhớ đính kèm cả bằng chứng thu nhập hoặc thư hỗ trợ với đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị.

Gửi thư có mẫu đơn đã hoàn thành đến:

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