

Краткое описание политики финансовой помощи

Yale New Haven Health понимает, что некоторым пациентам может быть трудно оплатить свои счета за медицинские услуги. Именно поэтому у нас есть различные программы финансовой помощи, призванные вам помочь. Пациенты должны заполнить заявление на получение финансовой помощи и предоставить запрашиваемые документы, чтобы подтвердить необходимость в финансовых средствах.

Бесплатная медицинская помощь

Вы можете соответствовать критериям получения бесплатной медицинской помощи, если:

- заработок вашей семьи не превышает 2½ от федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL);
- вы заполнили заявление на получение финансовой помощи.

Скидка на медицинскую помощь

Вы можете соответствовать критериям получения скидки на медицинскую помощь, если:

- заработок вашей семьи не превышает 5½ от федерального прожиточного минимума;
- у вас нет страховки;
- вы заполнили заявление на получение финансовой помощи.

Плата по «скользящей шкале»

Вы можете соответствовать критериям оплаты услуг по «скользящей шкале», если:

- заработок вашей семьи не превышает 5½ от федерального прожиточного минимума;
- у вас есть страховка;
- вы заполнили заявление на получение финансовой помощи.

Часто задаваемые вопросы

При каком максимальном уровне дохода допускается участие в программах?

Подробную информацию о максимальном уровне дохода по каждой программе можно найти на веб-сайте:

www.ynhhs.org/financialassistance.

Существуют ли другие требования для получения финансовой помощи?

Чтобы иметь право на получение финансовой помощи, помимо соответствия требованиям к уровню дохода, вы должны быть гражданином или резидентом США.

Что покрывают программы финансовой помощи?

Наши программы финансовой помощи покрывают неотложную и иную необходимую по медицинским показаниям помощь только по счетам, выставленным Yale New Haven Health. Список поставщиков, услуги которых покрывает программа, можно найти на веб-странице: www.ynhhs.org/financialassistance.

Как долго я буду иметь право на такую помощь?

После того как будет одобрено предоставление вам медицинской помощи бесплатно, со скидкой или с оплатой по «скользящей шкале», вы будете иметь право на такую помощь в течение 12 месяцев с даты одобрения заявления.

Как я узнаю, одобрено ли мое заявление?

Мы ответим на каждое заявление в письменном виде. Если ваше заявление будет отклонено, вы можете подать его повторно в любое время. Дополнительные фонды по финансированию бесплатных мест в больнице формируются каждый год.

С кем мне следует связаться, если у меня остались вопросы?

Чтобы получить больше информации, бесплатную копию нашей политики финансовой помощи и заявление или помощь с его заполнением, свяжитесь со службой финансового обслуживания и приема пациентов по номеру **855-547-4584**.

Дополнительная информация о программе Ограниченные средства на оплату места в больнице

Ограниченные средства на оплату места в больнице формируются из средств, пожертвованных для предоставления медицинской помощи бесплатно или со скидкой лицам, отвечающим индивидуальным критериям фонда. Вы можете иметь право на получение этих средств для снижения или аннулирования вашего счета, если у вас есть доказанная финансовая потребность, определенная номинатором фонда, и вы соответствуете всем критериям получения средств (у каждого фонда свои критерии). Ограниченные средства на оплату места в больнице предоставляются без учета дохода пациента. Право на получение средств определяется в каждом конкретном случае номинатором фонда на основании финансовых трудностей. Все пациенты, заполнившие заявление о предоставлении финансовой помощи YNHHS, будут автоматически рассмотрены в качестве кандидатов на получение ограниченных средств на оплату места в больнице.

Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic предоставляет медицинскую помощь бесплатно или со скидкой лицам, подавшим заявление на членство в клинике и получившим одобрение на него. Если у вас нет страховки и вы не имеете права на государственное пособие (Medicaid), вы можете получить медицинскую помощь бесплатно или со скидкой, если:

1. Вы являетесь резидентом г. Гринвич.
2. Доход вашей семьи не превышает 4-х кратного федерального прожиточного минимума.

Для получения дополнительной информации или заявки Greenwich Hospital Outpatient Clinic звоните по номеру 203-863-3334.

Примечание о программах

С пациентов, имеющих право на финансовую помощь, не будет взиматься плата, превышающая сумму, обычно выставляемую пациентам со страховкой за неотложную или другую необходимую по медицинским показаниям помощь. Некоторым группам пациентов с ограниченным владением английским языком предоставляются переводы нашей политики финансовой помощи, краткого описания политики финансовой помощи и заявления.

Как подать заявление на получение финансовой помощи?

Чтобы упростить подачу заявления на получение финансовой помощи, Yale New Haven Health использует одну форму заявления для большинства программ финансовой помощи. Чтобы подать заявление, выполните приведенные ниже шаги.

Шаг 1: заполните заявление.

Ответьте на все вопросы, подпишите заявление и поставьте дату. Если вопрос не относится к вашей семье, в отведенном поле укажите «Н/П» (неприменимо).

Шаг 2: приложите справку о доходах к заявлению.

Справка о доходах — это документ, который показывает, какой доход получает ваша семья на момент заполнения заявления. Виды документов, которые можно подать, см. в таблице справа.

Шаг 3: отправьте заявление по почте или подайте лично.

Вам необходимо отправить:

1. Заполненное, подписанное заявление с датой.
2. Справку о доходах.

По почте:

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

По факсу: 203-688-1640

Лично:

Придите в любой из наших филиалов, указанных ниже:

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

Чтобы получить больше информации, бесплатную копию нашей политики финансовой помощи и заявление или помощь с его заполнением,



позвоните по номеру:

855-547-4584

с понедельника по пятницу
с 7:30 am до 5:00 pm



посетите веб-страницу:

www.ynhhs.org/financialassistance

Следующие документы можно подавать в качестве справки о доходах:

<p>Если источник дохода вашей семьи ...</p>	<p>Вы можете приложить копии этих документов в качестве справки о доходах: (эти документы должны быть оформлены не более шести месяцев назад, за исключением вашей последней декларации о подоходном налоге, уплаченном в федеральный бюджет, которая может быть оформлена раньше.)</p>
<p>Заработная плата (Если вы получаете зарплату или почасовую оплату работы)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Две (2) последние квитанции о начислении заработной платы ИЛИ – Письмо от вашего работодателя на фирменном бланке компании с указанием количества отработанных часов и суммы, которую вы зарабатываете в час (до вычета налогов)
<p>Доход от индивидуальной трудовой деятельности (Если вы работаете на себя)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Последняя декларация о подоходном налоге, уплаченном в федеральный бюджет
<p>Пособия (Выплаты по социальному обеспечению, пособие ветеранам, компенсация работникам, пособие по безработице, пенсии, пенсионные накопления, пособие по программе дополнительной социальной помощи (Supplemental Security Income, SSI) и алименты)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Справка о самом последнем назначении пособия, ИЛИ – Справка о пособии, ИЛИ – Корешки чеков
<p>Доход от сдачи помещений в аренду</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Копия договора аренды или письменного соглашения с указанием суммы арендной платы ИЛИ – Написанное вами письмо с указанием суммы арендной платы, которую вы получаете в год
<p>Проценты, дивиденды или выплаты по аннуитету</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Последняя налоговая декларация о подоходном налоге, уплаченном в федеральный бюджет, ИЛИ – Выписка из финансового учреждения с указанием суммы и частоты выплат, а также суммы, выплаченной в этом году на сегодняшний день
<p>Если у вас нет дохода</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Письмо от человека, который помогает вам материально, ИЛИ – Если вы не получаете материальную помощь от частных лиц, отправьте подписанное письмо с датой, объясняющее ваше текущее финансовое положение

Заявление на участие в программах финансовой помощи

Yale New Haven Health использует одну форму заявления для большинства программ финансовой помощи. Заполнив это заявление, вы будете рассматриваться для участия в наших программах предоставления медицинской помощи бесплатно, со скидкой, с оплатой услуг по «скользящей шкале» или выделения средств на оплату места в больнице. На стр. 2 приведены инструкции о том, как подать заявление на получение финансовой помощи. Если у вас возникнут вопросы относительно заявления, позвоните по номеру 855-547-4584.



1. Информация о пациенте.

_____		_____	
Фамилия	Имя		
_____		_____	
Улица и номер дома		Дата рождения	
_____		_____	
Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона
_____		_____	
_____		Номер медицинской карты пациента (если есть)	

2. Информация о семье.

Укажите супруга/супругу и всех детей-иждивенцев, проживающих в вашей семье. Не указывайте партнеров, с которыми не состоите в браке. Если необходимо больше места, приложите к заявлению дополнительную страницу.

Имя и фамилия члена семьи	Кем приходится заявителю	Дата рождения

3. Информация о доходе.

Укажите информацию обо всех своих источниках дохода и источниках дохода вашего супруга / вашей супруги. Вы должны указать информацию о своем доходе и вашего супруга / вашей супруги. Источники дохода могут включать, помимо прочего: заработную плату / оклад, алименты, выплаты по социальному обеспечению, пособия по безработице, доход от сдачи помещений в аренду, компенсацию работникам и алименты на ребенка. Если у вас нет дохода, приложите письмо о получении материальной помощи к своему заявлению. (Инструкции приведены на стр. 2).

Имя и фамилия члена семьи	Источник дохода	Сумма дохода до уплаты налогов	Безработный (-ая) / нет дохода
		_____ \$ <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> За две <input type="checkbox"/> недели Ежемесячно	<input type="checkbox"/>
		_____ \$ <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> За две <input type="checkbox"/> недели Ежемесячно	<input type="checkbox"/>
		_____ \$ <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> За две <input type="checkbox"/> недели Ежемесячно	<input type="checkbox"/>

4. Медицинское страхование.

Имеете ли вы какую-либо медицинскую страховку, включая Medicare или Medicaid, или медицинскую страховку иностранного государства? ДА НЕТ

Если вы ответили «да», приложите к данному заявлению копию лицевой и оборотной стороны вашей страховой карты или укажите следующее:

Застрахованное лицо:	Страховая компания:	Номер страхового полиса:
Застрахованное лицо:	Страховая компания:	Номер страхового полиса:

5. Внимательно прочитайте, прежде чем подписать:

Своей подписью ниже я подтверждаю, что все указанное мною в этом заявлении и любом приложении является правдой.

- Я понимаю, что любая неверная, неполная или ложная информация в этой форме может привести к отклонению моего заявления на получение финансовой помощи.
- Я даю разрешение Yale New Haven Health на проверку любой информации.
- Я даю разрешение Yale New Haven Health на запрос моей кредитной истории.
- Я соглашаюсь вернуть всю сумму предоставленной мне финансовой помощи за услуги, указанные в данном заявлении, если я получу оплату любого рода, включая вознаграждение по судебному иску.
- Я соглашаюсь информировать Yale New Haven Health о любых переменах, которые могут изменить мое соответствие критериям получения финансовой помощи.
- Я понимаю, что в связи с моим заявлением на получение финансовой помощи Yale New Haven Health может потребоваться раскрытие моей защищенной медицинской информации (в соответствии с определением этого термина в положении о конфиденциальности закона HIPAA, 42 CFR, части 160–164), чтобы определить мое соответствие критериям получения помощи.
- Я понимаю, что любое такое раскрытие будет осуществляться в целях оплаты, согласно положению о конфиденциальности закона HIPAA.

Подпись лица, подающего заявление, или законного опекуна

Дата

Имя и фамилия лица, подающего заявление, или законного опекуна
(печатными буквами)

Не забудьте приложить к заявлению на получение финансовой помощи справку о доходах или письмо о получении материальной помощи.

Отправьте заполненные заявления по адресу:

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