

ນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ສະຫຼຸບເປັນພາສາທຳມະດາ

Yale New Haven Health (YNHHS) ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນສໍາລັບການດູແລສຸກເສີນ ແລະ/ຫຼື ການດູແລທີ່ຈຳເປັນສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ ແລະ ມີປະກັນໄພບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ໃນສະຫະລັດອາເມລິກາ ແລະ (ກ) ບໍ່ມີປະກັນໄພ ແລະ ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດດ້ານການດູແລສຸກເສີນຂອງລັດຖະບານ ຫຼື ແຜນປະກັນສຸກເສີນທີ່ມີຄຸນສົມບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການດູແລທີ່ມີລາຄາຖືກ ຫຼື (ຂ) ມີປະກັນໄພບໍ່ພຽງພໍ:

ການດູແລຝຣີ

ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບສ່ວນຫຼຸດເຕັມຈຳນວນ (100%)

ຈາກຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານເປັນໜີ້ຖ້າ:

- ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີລາຍໄດ້ໜ້ອຍກວ່າ ຫຼື ເທົ່າກັບ 250% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ການດູແລແບບມີສ່ວນຫຼຸດ

ທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບສ່ວນຫຼຸດບາງສ່ວນຈາກຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານເປັນໜີ້ຖ້າ:

- ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີລາຍໄດ້ໜ້ອຍກວ່າ ຫຼື ເທົ່າກັບ 550% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຜູ້ຍາກຈົນທາງການແພດ

ຄົນເຈັບອາດໄດ້ຮັບການຝຶກລະນາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນເປັນກໍລະນີທີ່ບໍ່ກົງກັບເງື່ອນໄຂລາຍໄດ້ຂ້າງເທິງ, ແຕ່ໃບປຶ້ມຄຳປຶ້ນປົວເກີນສ່ວນຮ້ອຍຂອງລາຍໄດ້ ຫຼື ຊັບສິນຂອງຄອບຄົວທີ່ກຳນົດ.

ຄຳຖາມທີ່ມັກພົບເຫັນ

ລະດັບລາຍໄດ້ສູງສຸດທີ່ຈະມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການແມ່ນເທົ່າໃດ?

ສໍາລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບລະດັບລາຍໄດ້ສູງສຸດຂອງແຕ່ລະໂຄງການ, ເຂົ້າໄປເບິ່ງທີ່ www.ynhhs.org/financialassistance.

ມີຄຸນສົມບັດອື່ນ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນບໍ່?

ຫາກຕ້ອງການສຶດທິ, ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືໃນການຂຽນໃບຄຳຮ້ອງສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ສະໝັກ Medicaid ຫຼື ໂຄງການການຈ່າຍເງິນຂອງບຸກຄົນທີ່ສາມາດອື່ນໆ ທີ່ມີໃຫ້ບໍລິການ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນການຄຸ້ມຄອງມີຫຍັງແດ່?

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸກເສີນ ແລະ ການດູແລທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດອື່ນໆ ສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Yale New Haven Health ເທົ່ານັ້ນ. ສາມາດເບິ່ງລິ້ງຫາລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໄດ້ທີ່ www.ynhhs.org/financialassistance.

ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮູ້ໄດ້ແນວໃດວ່າໃບສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ?

ພວກເຮົາຈະຕອບກັບແຕ່ລະໃບສະໝັກເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ຖ້າໃບສະໝັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ,

ທ່ານສາມາດສະໝັກຄືນໃໝ່ໄດ້ທຸກເວລາ.

ກອງທຶນຕຽນອນໃນໂຮງໝໍເພີມເຕີມຈະມີໃຫ້ທຸກໆປີ.

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

ວິທີການສະໝັກ ແລະ ປ່ອນຮັບສໍາເນົາ

ຫາກຕ້ອງການສະໝັກ, ເອົາໃບຄຳຮ້ອງ, ຂຽນຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນ ແລະ ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງໄປຫາໜຶ່ງໃນຫ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງສໍາເນົາໃບສະໝັກ,

ນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ

ບົດສະຫຼຸບພາສາທຳມະດາໄດ້ຝຣີທີ່ www.ynhhs.org/financialassistance ຫຼື

ເວັບໄຊທ໌ໂຮງໝໍ YNHHS ໃດໆກໍຕາມ, ທາງໄປສະນີໂດຍການ

ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ການຮັບຄືນເຈັບທີ່

855-547-4584, ຫຼື ດ້ວຍຕົນເອງທີ່ ຈຸດລົງທະບຽນ, ລວມທັງພະແນກສຸກເສີນ,

ສະຖານທີ່ໂຮງໝໍທຸກແຫ່ງຂອງພວກເຮົາ.

ການບໍລິການແປພາສາ

ສໍາລັບບາງກຸ່ມທີ່ມີຄວາມສາມາດທາງພາສາອັງກິດຈຳກັດ, ການແປຂອງນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ, ໃບຄຳຮ້ອງສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ບົດສະຫຼຸບຂອງນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນເປັນພາສາທຳມະດາສາມາດເບິ່ງໄດ້ທີ່ເວັບໄຊທ໌ www.ynhhs.org/financialassistance ແລະ ທີ່ສະຖານທີ່ຕັ້ງໂຮງໝໍທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຕິດຕໍ່ໄຟໄດ້ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າມີຄຳຖາມເພີ່ມເຕີມ?

ຫາກຕ້ອງການຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດໃບສະໝັກ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຝ່າຍບໍລິການດ້ານການເງິນ ແລະ ການຮັບຄືນເຈັບທີ່ເບີ 855-547-4584.

ລາຍລະອຽດໂຄງການເພີ່ມເຕີມ

ກອງທຶນຕຽນອນໃນໂຮງໝໍ

ຄົນເຈັບອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈາກກອງທຶນຕຽນອນທີ່ບໍລິຈາກໃຫ້ໂຮງໝໍ Yale New Haven Health ເພື່ອສະໜອງການດູແລທາງການແພດແກ່ຄົນເຈັບທີ່ອາດຈະບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍໄດ້. ກອງທຶນເຫຼົ່ານີ້ເປັນພຽງສ່ວນນ້ອຍຂອງກອງທຶນທັງໝົດສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໂດຍຄຳນຶງເຖິງຄຸນສົມບັດຕາມຂໍ້ຈຳກັດຂອງຜູ້ໃຫ້ທຶນ ແລະ ຖ້າມີ, ຈະຕ້ອງຝຶກລະນາການສະເໜີຊື່ກອງທຶນ. ຄົນເຈັບທຸກຄົນທີ່ປະກອບຄ່າຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈະໄດ້ຮັບການຝຶກລະນາອັດຕະໂນມັດສຳລັບກອງທຶນຕຽນອນໃນໂຮງໝໍ.

ຂໍ້ຈຳກັດໃນການເກັບຄ່າບໍລິການ

ຄົນເຈັບທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຈະບໍ່ຖືກຮຽກເກັບເງິນເກີນກວ່າ “ຈຳນວນທີ່ຮຽກເກັບໂດຍທົ່ວໄປ” ຈາກຄົນເຈັບທີ່ມີການປະກັນໄພສໍາລັບການດູແລສຸກເສີນ ຫຼື ການດູແລທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດອື່ນໆ.

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

ຂ້າພະເຈົ້າຈະສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໄດ້ແນວໃດ?

ເພື່ອເຮັດໃຫ້ການຮ່ວມມືຂອງທ່ານຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນງ່າຍຂຶ້ນ, Yale New Haven Health ຈຶ່ງໃຊ້ຄໍາຮ້ອງສະໝັກພຽງໃບດຽວສໍາລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ຫາກຕ້ອງການສະໝັກ, ໃຫ້ເຮັດຕາມຂັ້ນຕອນຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຂຽນໃບຄໍາຮ້ອງສະໝັກໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ກະລຸນາຕອບທຸກຄໍາຖາມທັງໝົດ ແລະ ລົງນາມ ແລະ ວັນທີໃນໃບສະໝັກ. ຖ້າຄໍາຖາມບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຂຽນ "N/A" (ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ) ໃນຊ່ອງວ່າທີ່ກໍານົດໄວ້.

ຂັ້ນຕອນ 2: ແນບຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້

ໃສ່ໃບສະໝັກຂອງທ່ານ.

ຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້ແມ່ນເອກະສານທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນ

ວ່າຄອບຄົວຂອງທ່ານມີລາຍໄດ້ຫຼາຍປານໃດໃນເວລາທີ່ທ່ານຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ. ເບິ່ງຕາຕະລາງທາງດ້ານຂວາສໍາລັບປະເພດຂອງເອກະສານທີ່ອາດນໍາໃຊ້.

ຂັ້ນຕອນ 3: ສົ່ງໃບສະໝັກທາງໄປສະນີ ຫຼື ໄປຢ້ຽມຢາມພວກເຮົາດ້ວຍຕົນເອງ.

ກະລຸນາລວມເອົາ:

1. ຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ຂຽນສໍາເລັດ, ລົງນາມ ແລະ ລົງວັນທີແລ້ວ
2. ຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້

✉ ທາງໄປສະນີ:

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



ທາງແຟັກ: 203-688-1640



ດ້ວຍຕົນເອງ:

ຢ້ຽມຢາມພວກເຮົາໄດ້ໃນສະຖານທີ່ໃດໜຶ່ງ ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

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

ຫາກຕ້ອງການຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມ, ຮັບສໍານືກສະໜັບສະໜູນນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂຽນໃບສະໝັກ.



ທາງໂທລະສັບ:
855-547-4584

M-F 7:30 ໂມງເຊົ້າ - 17:00 ໂມງແລງ

ອອນໄລນ໌: www.ynhhs.org/financialassistance

ເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ອາດໃຊ້ເປັນຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້:

ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທ່ານມາຈາກ ...	ທ່ານສາມາດແນບສໍານືກເອກະສານເຫຼົ່ານີ້ໄວ້ເປັນຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້: (ເອກະສານເຫຼົ່ານີ້ຈະຕ້ອງມີອາຍຸບໍ່ເກີນຫົກເດືອນ, ຍົກເວັ້ນແບບສະແດງລາຍການພາສີຂອງລັດຖະບານກາງຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານ, ເຊິ່ງອາດຈະເກົ່າກວ່ານັ້ນ.)
ຄ່າຈ້າງ (ຖ້າທ່ານມີເງິນເດືອນ ຫຼື ຮັບເງິນເປັນລາຍຊື່ໂມງສໍາລັບການເຮັດວຽກ)	☐ ໃບບິນຮັບເງິນເດືອນຫຼ້າສຸດສອງ (2) ໃບ, ຫຼື ☐ ຈົດໝາຍຈາກນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ຫົວຈິດໝາຍຂອງບໍລິສັດທີ່ຊື່ແຈ້ງວ່າຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ທ່ານເຮັດວຽກ ແລະ ລາຍໄດ້ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຕໍ່ຊົ່ວໂມງ (ກ່ອນຫັກພາສີ)
ລາຍໄດ້ຈາກການປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະ (ຖ້າທ່ານເຮັດວຽກໃຫ້ກັບຕົວທ່ານເອງ)	☐ ພາສີລາຍໄດ້ຂອງລັດຖະບານກາງຫຼ້າສຸດຄົນ
ສິດທິຜົນປະໂຫຍດ (ປະກັນສັງຄົມ, ນັກຮີບເກົ້າ, ຄົນງານຄ່າຊົດເຊີຍ, ການຫວ່າງງານ, ເງິນບໍານານ, ກອງທຶນສໍາຮອງລ້ຽງຊີບ, SSI, ຄ່າລ້ຽງດູ)	☐ ຈົດໝາຍແຈ້ງສິດທິຜົນປະໂຫຍດຫຼ້າສຸດ, ຫຼື ☐ ໃບບິນເງິນເດືອນ
ລາຍໄດ້ຈາກຄ່າເຊົ່າ	☐ ສໍານືກສັນຍາຂອງການເຊົ່າ ຫຼື ລາຍລັກອັກສອນຂໍ້ຕົກລົງທີ່ສະແດງຈໍານວນຄ່າເຊົ່າ, ຫຼື ☐ ຈົດໝາຍທີ່ທ່ານຂຽນ, ລະບຸຈໍານວນຄ່າເຊົ່າທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຕໍ່ປີ
ດອກເບ້ຍ, ເງິນບັນຜົນ ຫຼື ເງິນລາຍບີ ການຈ່າຍເງິນ	☐ ພາສີລາຍໄດ້ຂອງລັດຖະບານກາງຫຼ້າສຸດຄົນ, ຫຼື ☐ ບັນຊີສໍາຮອງຈາກສະຖາບັນການເງິນທີ່ລະບຸຈໍານວນເງິນ ແລະ ຄວາມຖີ່ຂອງການຈ່າຍເງິນ ແລະ ຈໍານວນເງິນທີ່ຈ່າຍໃນປີນີ້ຈົນເຖິງປະຈຸບັນ
ຖ້າທ່ານບໍ່ມີ ລາຍໄດ້	☐ ຈົດໝາຍຈາກບຸກຄົນທີ່ສະໜັບສະໜູນທ່ານ, ຫຼື ☐ ຖ້າທ່ານບໍ່ມີບຸກຄົນທີ່ ສະໜັບສະໜູນທ່ານ, ສົ່ງຈົດໝາຍສະບັບທີ່ມີລາຍເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີອະທິບາຍສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນໃນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ

ໃບສະໝັກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

Yale New Haven Health ໃຊ້ຝຣູງໃບສະໝັກໜຶ່ງໃບສໍາລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນສ່ວນໃຫຍ່. ໂດຍການຂຽນໃບຄໍາຮ້ອງສະໝັກນີ້, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາສໍາລັບໂຄງການການດູແລຟຣີ ແລະ ສ່ວນຫຼຸດຂອງພວກເຮົາ ແລະ ກອງທຶນຕ່າງໆນອນໃນໂຮງໝໍ.

ສໍາລັບຄໍາແນະນຳກ່ຽວກັບວິທີການສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ, ກະລຸນາເບິ່ງໜ້າ 2. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ ກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກນີ້, ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 855-547-4584.

Yale
NewHaven
Health

1. ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ:

ນາມສະກຸນ	ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ		ເບີໂທລະສັບ
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ໝາຍເລກບັນທຶກທາງການແພດ (ຖ້າມີ)		

2. ຂໍ້ມູນຄອບຄົວ: ລະບຸລາຍຊື່ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ ແລະ/ຫຼື ລູກທີ່ເພິ່ງພາອາໄສຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ຫ້າມລວມຄູ່ສົມລົດທີ່ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານ. ຖ້າຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາແນບເອກະສານແຍກຕ່າງຫາກ.

ຊື່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ	ຄວາມສໍາພັນກັບຜູ້ສະໝັກ	ວັນເດືອນປີເກີດ

3. ຂໍ້ມູນທາງການເງິນ: ລວມເອົາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ທັງໝົດຂອງທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ.

ກະລຸນາຢາລືມແນບຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້ເຂົ້າໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ.

ຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້ແມ່ນເອກະສານທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຄອບຄົວຂອງທ່ານມີລາຍໄດ້ຫຼາຍປານໃດໃນເວລາທີ່ທ່ານຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ. ເບິ່ງຕາຕະລາງໃນໜ້າ 2 ສໍາລັບປະເພດຂອງເອກະສານທີ່ອາດນໍາໃຊ້ເປັນຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້.

ລາຍໄດ້	ຄົນເຈັບ ໃສ່ຈຳນວນເງິນ ວົງ: ໜຶ່ງອາທິດ, ສອງອາທິດ, ໜຶ່ງເດືອນ	ຄູ່ສົມລົດ ໃສ່ຈຳນວນເງິນ ວົງ: ໜຶ່ງອາທິດ, ສອງອາທິດ, ໜຶ່ງເດືອນ
ຄ່າຈ້າງ/ລາຍໄດ້ລວມ (ກ່ອນຫັກພາສີ)		
ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໂດຍບຸກຄົນອື່ນໆ		
ຄ່າລ້ຽງດູເດັກ/ຄ່າລ້ຽງດູທີ່ໄດ້ຮັບ		
ສະຫວັດດີການຄວາມພິການ		
ເງິນບໍານານ		
ລາຍໄດ້ຄ່າເຊົ່າທີ່ໄດ້ຮັບ		
ການປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະ ຫຼື ລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດກະສິກໍາ		
ສະຫວັດດີການປະກັນສັງຄົມ/ SSI		

ກອງທຶນຄວາມໄວ້ວາງໃຈ/ມໍລະດົກ		
ສະຫວັດດີການຫວ່າງງານ		
ຄຳຕອບແທນຂອງພະນັກງານ		
ລາຍໄດ້ທັງໝົດ		
ອື່ນໆ		
ຊັບສິນສະພາບຄ່ອງ (ຊັບສິນທີ່ສາມາດແລກປ່ຽນເປັນເງິນສົດໄດ້ໃນເວລາສິ້ນ, ໂດຍບໍ່ມີການສູນເສຍມູນຄ່າ. ຕົວຢ່າງ: ເງິນສົດ, ຄຳ ຫຼື ຫຼັກຊັບທີ່ຊື້ຂາຍໄດ້)		

4. ປະກັນສຸຂະພາບ:

ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ນະໂຍບາຍປະກັນໄພສຸຂະພາບ, ລວມທັງ Medicare ຫຼື Medicaid ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຈາກປະເທດອື່ນບໍ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາໃສ່ຂໍ້ມູນປະກັນໄພຂອງທ່ານຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຜູ້ຖືນະໂຍບາຍ:	ບໍລິສັດປະກັນໄພ:	ໝາຍເລກນະໂຍບາຍ:
ຜູ້ຖືນະໂຍບາຍ:	ບໍລິສັດປະກັນໄພ:	ໝາຍເລກນະໂຍບາຍ:

4a. ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານສະໜັບສະໜູນກອງທຶນບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດເພື່ອສຸຂະພາບ (Health Savings Account, HSA)

ເພື່ອຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດຂອງທ່ານບໍ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

5. ກະລຸນາອ່ານຢ່າງລະອຽດກ່ອນທີ່ຈະເຊັນ:

ໂດຍການເຊັນຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງວ່າທຸກສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄຳຮ້ອງນີ້ ແລະ ເອກະສານຄັດຕິດເປັນຄວາມຈິງ.

- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ບໍ່ຖືກຕ້ອງຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ອາດຈະເຮັດໃຫ້ໃບຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກປະຕິເສດ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ Yale New Haven Health ກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດ.
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ Yale New Haven Health ຮ້ອງຂໍລາຍງານສິນເຊື້ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີທີ່ຈະຈ່າຍເງິນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຄືນເຕັມຈຳນວນ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຊຳລະໃດໆ, ລວມທັງລາງວັນຈາກການຮ້ອງຟ້ອງ, ສຳລັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍໃບຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້.
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີທີ່ຈະແຈ້ງໃຫ້ Yale New Haven Health ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆ ທີ່ສາມາດສົ່ງຜົນຕໍ່ສິດໃນການຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການພົວພັນກັບການຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, Yale New Haven Health ອາດຈະຕ້ອງເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ (ຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນກົດລະບຽບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ HIPAA, 42 CFR ສ່ວນ 160 ເຖິງ 164) ກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຝຶກຈາລະນາການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການເປີດເຜີຍດັ່ງກ່າວຈະມີຈຸດປະສົງເພື່ອການຈ່າຍເງິນ, ຕາມທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃນກົດລະບຽບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ HIPAA.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

ວັນທີ (ເດືອນ/ວັນທີ/ປີ)

ຊື່ທີ່ພິມຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

ຢ່າລືມເອົາຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້ ຫຼື ຈົດໝາຍສະໜັບສະໜູນກັບໃບສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ.

ສິ່ງໃບສະໝັກທີ່ເຮັດແລ້ວໄປທີ່:

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