

## Përmbledhje e politikës së ndihmës financiare Summary of Financial Assistance Policy

Yale New Haven Health e kupton se disa pacientë mund ta kenë të vështirë të përballojnë pagesën e faturave mjekësore. Për këtë arsye, ne kemi një shumëllojshmëri programesh të ndihmës financiare të hartuara për të ndihmuar. Pacientëve u kërkohet që të plotësojnë një aplikim të ndihmës financiare dhe të japin dokumentet e kërkuara për verifikimin e nevojës financiare.

Për të mësuar më shumë, merrni një kopje falas të aplikimit dhe politikës sonë të ndihmës financiare ose për ndihmë me plotësimin e aplikimit, kontaktoni Patient Financial and Admitting Services në numrin 855-547-4584, shkoni te [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) ose na vizitoni në zyrat e Admitting te: **Bridgeport Hospital** 267 Grant Street, Bridgeport, CT; **Greenwich Hospital**, 5 Perryridge Road, Greenwich, CT; **Lawrence + Memorial Hospital** 365 Montauk Avenue, New London, CT; **Westerly Hospital** 25 Wells Street, Westerly, RI; ose **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT;

### Kujdesi falas (Free care)

**Mund të kualifikoheni për kujdes falas në qoftë se:**

- Familja juaj fiton më pak se ose sa 2½ e nivelit federal të varfërisë (sasitë maksimale të të ardhurave janë të radhitura në tabelën e mëposhtme)
- Aplikoni për ndihmë nga shteti (Medicaid) dhe ju vjen një vendim i vlefshëm me shkrim nga shteti brenda 6 muajve të fundit; dhe
- Plotësoni një aplikim të ndihmës financiare

### Kujdesi me ulje (Discounted care)

**Mund të kualifikoheni për kujdes me ulje në qoftë se:**

- Familja juaj fiton më pak se ose sa 5½ e nivelit federal të varfërisë (shumat e të ardhurave maksimale janë shënuar në tabelën e mëposhtme)
- Nuk keni sigurim; dhe
- Mbushni një aplikim për ndihmë financiare

#### Të ardhurat maksimale

Anëtarët e familjes	Kujdesi falas	Kujdesi me ulje
1	\$31,225	\$68,395
2	\$44,275	\$93,005
3	\$53,325	\$117,315
4	\$64,375	\$141,625

\*Kujdesi falas: shtoni \$11,050 për çdo anëtar shtesë të familjes

\*Kujdesi me ulje: shtoni \$24,310 për çdo anëtar shtesë të familjes

### Fondet për shtretër të kufizuar (Restricted bed funds)

Mund të kualifikoheni për të marrë fonde për shtretër të kufizuar, fonde që janë dhuruar për t'u ofruar kujdes falas ose me ulje individëve që plotësojnë kriteret e fondit, për të ulur ose eliminuar faturën tuaj në qoftë se keni demonstruar nevojë financiare të përcaktuar nga emërtuesi i fondit; dhe plotësoni të gjitha kriteret kualifikuese për të marrë fondet (secili fond ka kriteret e posaçme). Nuk ka kufizime specifike të ardhurash për marrjen e fondeve për shtretërit e kufizuar. Kualifikimi vendoset nga emërtuesit e fondeve për secilin rast në veçanti duke u bazuar në vështirësinë financiare. Të gjithë pacientët që mbushin aplikimin YNHHS për ndihmë financiare do të merren automatikisht në konsideratë për fondet e shtretërve të kufizuar.

### Programi "Unë dhe bebja ime" i Yale New Haven Hospital (Yale New Haven Hospital "Me & My Baby" Program)

Ky program ka të bëjë me pacientët e Yale New Haven Hospital. Ofron kujdes gjatë shtatzënisë, shërbime gjatë lindjes dhe një pjesë kujdesi pas lindjes falas për ata që kualifikohen. Mund të kualifikoheni në qoftë se jetoni në New Haven County; nuk keni asnjë lloj sigurimi shëndetësor; familja juaj fiton më pak se ose sa 2½ e nivelit federal të varfërisë (shikoni tabelën e të ardhurave maksimale); aplikoni për ndihmë nga shteti (Medicaid) dhe ju jepet një vendim i vlefshëm me shkrim. Për më tepër informacion ose për të kërkuar një aplikim për programin "Unë dhe bebja ime" të Yale New Haven Hospital, flisni me përfaqësuesit tanë të Women's Center ose telefononi numrin **203-688-5470**.

### Klinika ambulatorie e Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

Greenwich Hospital Outpatient Clinic u ofron kujdes falas ose me ulje individëve që aplikojnë dhe aprovohen për anëtarësi në klinikë. Në qoftë se nuk keni sigurim dhe nuk kualifikoheni për ndihmë nga shteti (Medicaid), mund të kualifikoheni në qoftë se jeni banor i Greenwich-it dhe keni të ardhura familjare më pak se ose sa 4-fishi i nivelit federal të varfërisë. Për më tepër informacion ose për të marrë një aplikim, ju lutemi telefononi numrin **203-863-3334**.

### Shënimi për programet

Duhet të jeni nënshkretës ose banor i Shteteve të Bashkuara që të kualifikoheni për ndihmë financiare. Këto programe mbulojnë urgjencën ose kujdes tjetër mjekësor të nevojshëm. Ato mbulojnë VETËM faturat e Yale New Haven Health. Një lidhje e listës së ofruesve që ofrojnë një kujdes të tillë dhe nëse ata e ndjekin ose jo *FAP-në* mund të gjendet te *FAP-ja*. Pacientët që kualifikohen për ndihmë financiare nuk do të faturohen më shumë se shuma që u faturohet në përgjithësi pacientëve me sigurim për urgjencën ose kujdes tjetër mjekësor të nevojshëm. Yale New Haven Health do t'i përgjigjet me shkrim çdo aplikimi. Në qoftë se ju refuzohet aplikimi, mund të aplikoni përsëri në çdo kohë. Fonde shtesë për shtretër falas vihen në dispozicion çdo vit. Përkthime të politikës sonë të ndihmës financiare, të përmbledhjes së politikës së ndihmës financiare dhe të aplikimit janë në dispozicion për grupe të caktuara me aftësi të kufizuar në gjuhën angleze.

Ju lutemi telefononi numrin 1-855-547-4584 për ndihmë.

## Si të aplikoj për ndihmë financiare? (How do I apply for financial assistance?)

Për ta lehtësuar procesin për pacientët, Yale New Haven Hospital përdor një formular aplikimi për shumicën e programeve të ndihmës financiare. Në qoftë se jeni pacient i Yale New Haven Hospital dhe dëshironi të aplikoni për programin "Unë dhe bebja ime", ju lutemi kontaktoni përfaqësuesit tanë të Women's Center në numrin 203-688-5470. Në qoftë se jeni pacient i Greenwich Hospital dhe dëshironi të aplikoni për Outpatient clinic, ju lutemi kontaktoni në numrin 203-863-3334.

**Shënim:** Duhet të keni fatura aktuale ose një takim të caktuar që të kualifikoheni për programet tona të ndihmës financiare.

**Programi i kujdesit falas :** Ndiqni hapat 1, 2, 3 dhe 4.

**Programi i kujdesit me ulje ():** Ndiqni hapat 2, 3 dhe 4.

### Hapi 1: Aplikoni për ndihmë mjekësore nga shteti.

Që të kualifikoheni për kujdes falas, DUHET të aplikoni për ndihmë mjekësore (Medicaid) në shtetin ku jetoni dhe të merrni një vendim të vlefshëm me shkrim për aplikimin. Refuzimi nuk është "i vlefshëm" në qoftë se ju është bërë sepse nuk keni dhënë informacion apo nuk keni bashkëpunuar.

Për Medicaid mund të aplikoni te zyra juaj lokale e *Department of Social Services (DSS)*. Banorët e Connecticut-it duhet të telefonojnë numrin 1-800-842-1508 për të gjetur zyrën më të afërt të DSS-së ose të aplikojnë në internet te [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com). Spitali ka gjithashtu staf që mund t'ju ndihmojë me plotësimin e aplikimeve. Në qoftë se keni nevojë për ndihmë, na telefononi në numrin 1-855-547-4584.

Sapo të merrni një vendim me shkrim nga DSS-ja, mund të aplikoni për kujdes falas. Ne nuk mund të pranojmë letra vendimi që janë dhënë 6 muaj më parë.

### Hapi 2: Plotësoni aplikimin.

Ju lutemi përgjigjuni TË GJITHA pyetjeve dhe vini nënshkrimin dhe datën në aplikim. Në qoftë se një pyetje nuk ka të bëjë me familjen tuaj, ju lutemi shkruani "N/A" (nuk ka të bëjë) në vendin e posaçëm.

### Hapi 3: Bashkëngjisni vërtetim të të ardhurave në aplikim.

Vërtetimi i të ardhurave është një dokument që tregon se sa të ardhura po fiton familja juaj në kohën e mbushjes së aplikimit. Shikoni tabelën në të djathtë për llojet e dokumenteve që mund të përdoren.

**Hapi 4: Dërgojeni me postë aplikimin.** Përfshini: 1) Letrën e vendimit nga DSS-ja në lidhje me kualifikimin tuaj për ndihmë nga shteti; 2) aplikimin e plotësuar, nënshkruar dhe me datën të shkruar; dhe 3) vërtetimin e të ardhurave te:

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

## Dokumentet e mëposhtme mund të përdoren si vërtetim të ardhurash:

<b>Në qoftë se të ardhurat e familjes tuaj vijnë nga ...</b>	<b>Mund të bashkëngjisni kopje të këtyre dokumenteve si vërtetim të ardhurash:</b> (Këto dokumente nuk duhet të jenë më të vjetra se gjashtë muaj, përveç dokumentit më të fundit të shlyerjes së taksave federale i cili mund të jetë më i vjetër.)
<b>Pagat</b> (Në qoftë se merrni rrogë ose paguheni me orë në punë)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dy (2) bishtat më të fundit të çeqeve, <b>OSE</b></li> <li>Një letër nga punëdhënësi juaj me logon e kompanisë që deklaron se sa orë punoni dhe sa fitoni në orë (para taksave)</li> </ul>
<b>Të ardhurat nga vetëpunësimi</b> (Në qoftë se punoni për veten tuaj)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumenti më i fundit i shlyerjes së taksave federale mbi të ardhurat (duhet nënshkruar prej jush)</li> </ul>
<b>Përfitimet</b> (Sigurimet shoqërore, përfitimet e veteranit, kompensimi për lëndimin në punë, papunësia, pensionet, fondet e daljes në pension, SSI, mbështetja nga bashkëshorti/ja)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Letra më e fundit e dhënë për përfitimet, <b>OSE</b></li> <li>Deklaratë e përfitimit, <b>OSE</b></li> <li>Bishtat e çeqeve</li> </ul>
<b>Të ardhurat nga qiraja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopje e qirasë ose marrëveshjes me shkrim që tregon sasinë e qirasë, <b>OSE</b></li> <li>Një letër e shkruar nga ju që tregon sasinë e qirasë që merrni në vit</li> </ul>
<b>Interesi, dividendët ose pagesat nga këstet vjetore të shpërblimit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumenti më i fundit i shlyerjes së taksave federale mbi të ardhurat, <b>OSE</b></li> <li>Deklaratë nga institucioni financiar që deklaron sasinë dhe shpeshtësinë e pagesave si dhe sasinë e paguar nga fillimi i vitit e deri tani</li> </ul>
<b>Në qoftë se nuk keni të ardhura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Një letër nga personi që ju mbështet, <b>OSE</b></li> <li>Në qoftë se nuk keni person që ju mbështet, dërgoni një letër të nënshkruar dhe me datë që shpjegon situatën tuaj aktuale financiare</li> </ul>

## Aplikimi për programet e ndihmës financiare (Application for Financial Assistance Programs)

Yale New Haven Hospital përdor një formular aplikimi për shumicën e programeve të ndihmës financiare. Duke plotësuar këtë aplikim do të merreni në konsideratë për programet tona të kujdesit falas, kujdesit me ulje dhe fondet për shtretërit. Për udhëzimet se si të aplikoni për ndihmë financiare, ju lutemi shihni faqen 2.

Për çdo pyetje për këtë aplikim, ju lutemi telefononi numrin 855-547-4584.

### 1. Informacioni i pacientit:

_____		_____	
Mbiemri	Emri		
_____		_____	
Adresa e rrugës		Data e lindjes	
_____		_____	
Qyteti	Shteti	Kodi zip	Numri i telefonit
Në qoftë se jeni shtatzënë, cila është data e parashikuar e lindjes? _____			Numri i kartelës mjekësore (nëse keni)
Statusi i banimit: <input type="checkbox"/> Nënshitetas amerikan <input type="checkbox"/> Banor amerikan <input type="checkbox"/> Me vizë (studenti, pune, vizitori) <input type="checkbox"/> Nënshitetas joamerikan			

### 2. Informacioni i familjes: Radhisni bashkëshortin/en dhe/ose çdo fëmijë të varur që jeton në familjen tuaj. Mos përfshini partnerët e pamartuar. Në qoftë se keni nevojë për më tepër vend, ju lutemi bashkëngjisni një dokument tjetër.

Emri i anëtarit të familjes	Marrëdhënia me aplikantin	Data e lindjes

### 3. Informacion për të ardhurat:

**Duhet dhënë informacion për të ardhurat tuaja dhe të bashkëshortit/es tuaj.** Përfshini të gjitha burimet e të ardhurave. Burimet e të ardhurave mund të përfshijnë por nuk kufizohen në: pagat/rrrogën, mbështetjen nga bashkëshorti/ja, sigurimet shoqërore, papunësinë, të ardhurat nga qiraja, kompensimin për lëndimin në punë dhe mbështetjen për fëmijët. Në qoftë se nuk keni të ardhura, bashkëngjisni një letër mbështetëse me aplikimin tuaj. (Shikoni udhëzimet në faqen 2)

Emri i anëtarit të familjes	Burimi i të ardhurave	Shuma e fituar para taksave	Pa punë / Pa të ardhura
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Javore <input type="checkbox"/> Dyjavore <input type="checkbox"/> Mujore	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Javore <input type="checkbox"/> Dyjavore <input type="checkbox"/> Mujore	<input type="checkbox"/>

#### 4. Sigurimi shëndetësor:

A mbuloheni nga ndonjë policë e sigurimeve shëndetësore, duke përfshirë Medicare ose Medicaid ose mbulim nga një vend i huaj?  PO  JO

Nëse **po**, ju lutemi i bashkëngjisni këtij aplikimi një kopje të pjesës së përparme dhe të pasme të kartës së sigurimeve OSE shënoni informacionin e mëposhtëm:

<b>Marrësi i policës:</b>	<b>Dhënësi i sigurimeve:</b>	<b>Nr. i policës:</b>
<b>Marrësi i policës:</b>	<b>Dhënësi i sigurimeve:</b>	<b>Nr. i policës:</b>

#### 5. Ju lutemi lexojeni me kujdes para se ta nënshkruani:

Duke nënshkruar më poshtë, vërtetohet se gjithçka që kam deklaruar në këtë aplikim dhe në çdo dokument të bashkëngjitur është e vërtetë.

- E kuptoj se çdo informacion i pasaktë, i paplotë ose i rremë në këtë formular mund të çojë në refuzimin e aplikimit tim për ndihmë financiare.
- I jap leje Yale New Haven Health që të verifikojë të gjithë informacionin.
- I jap leje Yale New Haven Health që të kërkojë raportin tim të kredisë.
- Jam dakord që të kthej shumën e plotë të ndihmës financiare që më është dhënë në qoftë se marr pagesë të ndonjë lloji, duke përfshirë pagesat e dhëna nga një proces gjyqësor, për shërbimet e mbuluara nga ky aplikim.
- Jam dakord që ta informoj Yale New Haven Health për çdo ndryshim që mund të ndryshojë kualifikimin tim për ndihmë financiare.
- E kuptoj se në lidhje me aplikimin tim për ndihmë financiare, Yale New Haven Health mund t'i duhet që të nxjerrë informacion shëndetësor të mbrojtur për mua (sipas përkufizimit që i jepet këtij termi në Rregullin e Privatësisë HIPAA, 42 CFR pjesët 160 deri në 164) për të vendosur kualifikimin tim.
- E kuptoj se një nxjerrje e tillë do të bëhet për qëllime pagese, siç është përcaktuar në Rregullin e Privatësisë HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Nënshkrimi i personit që aplikon ose i kujdestarit ligjor

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Emri me shkronja shtypi i personit që aplikon ose kujdestarit ligjor

**Mos harroni të bashkëngjisni me aplikimin për ndihmë financiare një vendim të vlefshëm me shkrim të aplikimit tuaj për Medicaid dhe vërtetim të të ardhurave ose një letër për mbështetje.**

***Aplikimet e mbushura dërgojini me postë te:***

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