

Περίληψη πολιτικής οικονομικής υποστήριξης Summary of Financial Assistance Policy

Η Yale New Haven Health αντιλαμβάνεται ότι κάποιοι ασθενείς πιθανόν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πληρωμή των ιατρικών εξόδων τους. Γι' αυτό διαθέτουμε μια πλειάδα προγραμμάτων οικονομικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Οι ασθενείς θα πρέπει να συμπληρώσουν μια αίτηση οικονομικής υποστήριξης και να παράσχουν τα ζητούμενα δικαιολογητικά, προκειμένου να διαπιστωθεί η οικονομική δυσκολία τους.

Για να μάθετε περισσότερα, λάβετε ένα δωρεάν αντίγραφο της Πολιτικής οικονομικής υποστήριξης μας και την αίτηση, ή για βοήθεια σε σχέση με τη συμπλήρωση της αίτησης, επικοινωνήστε με το τμήμα Patient Financial and Admitting Services στο τηλέφωνο 855-547-4584, μεταβείτε στη διεύθυνση www.ynhhs.org/financialassistance ή επισκεφθείτε μας στα γραφεία Admitting (υποδοχής) μας στις διευθύνσεις: **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, ή **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.

Δωρεάν φροντίδα (Free care)

Ενδέχεται να δικαιούστε δωρεάν φροντίδα εάν:

- Η οικογένειά σας έχει εισόδημα μικρότερο ή ίσο με ποσό που αντιστοιχεί σε 2½ φορές το Ομοσπονδιακό Επίπεδο Φτώχειας (τα μέγιστα ποσά εισοδήματος παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα)
- Υποβάλλετε αίτηση για State Assistance (Medicaid) και σας παρέχεται έγκυρη έγγραφη απόφαση από την Πολιτεία εντός των τελευταίων 6 μηνών, και
- Συμπληρώνετε μια αίτηση οικονομικής υποστήριξης

Φροντίδα μειωμένου κόστους (Discounted care)

Ενδέχεται να δικαιούστε φροντίδα μειωμένου κόστους εάν:

- Η οικογένειά σας έχει εισόδημα μικρότερο ή ίσο με ποσό που αντιστοιχεί σε 5½ φορές το Ομοσπονδιακό Επίπεδο Φτώχειας (τα μέγιστα ποσά εισοδήματος παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα)
- Είστε ανασφάλιστος(η) και
- Συμπληρώνετε μια αίτηση οικονομικής υποστήριξης.

Μέγιστο εισόδημα

| Μέλη οικογένειας | Δωρεάν φροντίδα | Φροντίδα μειωμένου κόστους |
|------------------|-----------------|----------------------------|
| 1 | \$31.225 | \$68.395 |
| 2 | \$44.275 | \$93.005 |
| 3 | \$53.325 | \$117.315 |
| 4 | \$64.375 | \$141.625 |

*Δωρεάν φροντίδα: προσθέστε **\$11.050** για κάθε επιπλέον μέλος της οικογένειας

*Φροντίδα μειωμένου κόστους: προσθέστε **\$24.310** για κάθε επιπλέον μέλος της οικογένειας

Κονδύλια περιορισμένων κλινών (Restricted bed funds)

Ενδέχεται να δικαιούστε χρηματοδότηση από κονδύλια περιορισμένων κλινών, κονδύλια τα οποία προέρχονται από δωρεές για την παροχή δωρεάν ή με μειωμένο κόστος φροντίδας σε άτομα τα οποία πληρούν μεμονωμένα κριτήρια χρηματοδότησης, ή μερική ή πλήρη απαλλαγή από τα έξοδά σας εάν έχετε αποδεδειγμένη οικονομική ανάγκη, όπως προσδιορίζεται από τον δωρητή ενός κονδυλίου, και εφόσον καλύπτετε όλα τα κριτήρια επιλεξιμότητας για τη λήψη χρηματοδότησης (ισχύουν ιδιαίτερα κριτήρια για κάθε επιμέρους κονδύλιο). Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα όρια εισοδήματος για τη λήψη κονδυλίων περιορισμένων κλινών. Η επιλεξιμότητα προσδιορίζεται ανά περίπτωση από τους δωρητές του κάθε κονδυλίου, με βάση την οικονομική δυσπραγία του καθενός. Όλοι οι ασθενείς οι οποίοι θα συμπληρώσουν την αίτηση οικονομικής υποστήριξης ΥΝΗΗΣ θα θεωρούνται αυτόματα υποψήφιοι για κονδύλια περιορισμένων κλινών.

Yale New Haven Hospital, Πρόγραμμα «Εγώ και το μωρό μου» (Yale New Haven Hospital “Me & My Baby” Program)

Αυτό το πρόγραμμα ισχύει για τους ασθενείς του Yale New Haven Hospital. Παρέχει προγεννητική φροντίδα, φροντίδα κατά τον τοκετό και υπηρεσίες κύησης καθώς και κάποια δωρεάν επιλόχεια φροντίδα για όσες ασθενείς τη δικαιούνται. Ενδέχεται να είστε επιλέξιμες εάν ζείτε στην περιοχή New Haven County, δεν έχετε οποιουδήποτε είδους ασφάλιση υγείας, η οικογένειά σας έχει εισόδημα κάτω από ή ίσο με 2½ φορές το Ομοσπονδιακό Επίπεδο Φτώχειας (βλέπε τον πίνακα μέγιστου εισοδήματος παραπάνω), έχετε κάνει αίτηση για κάλυψη από το State Assistance (Medicaid) και έχετε λάβει έγκυρη και γραπτή απόφαση από την Πολιτεία. Για περισσότερες πληροφορίες ή για να ζητήσετε αίτηση για το πρόγραμμα Me & My Baby του Yale New Haven Hospital, απoταnθείτε στους εκπροσώπους μας στο Women’s Center ή καλέστε τον αριθμό **203-688-5470**.

Εξωτερικά Ιατρεία Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

Η Greenwich Hospital Outpatient Clinic παρέχει δωρεάν ή με μειωμένο κόστος περίθαλψης σε άτομα που έχουν ζητήσει την εγγραφή τους για περίθαλψη και η αίτησή τους έχει εγκριθεί. Εάν δεν έχετε ασφάλιση και δεν δικαιούστε κάλυψη από την Πολιτεία (State Assistance [Medicaid]), ενδέχεται να είστε επιλέξιμοι εάν είστε κάτοικοι του Greenwich και το οικογενειακό σας εισόδημα είναι χαμηλότερο από ή ίσο με το τετραπλάσιο του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας. Για περισσότερες πληροφορίες ή για να λάβετε αίτηση, καλέστε στο **203-863-3334**.

Μια σημείωση για τα προγράμματα

Πρέπει να είστε αμερικάνος πολίτης ή να διαμένετε στις ΗΠΑ προκειμένου να δικαιούστε οικονομικής υποστήριξης. Αυτά τα προγράμματα καλύπτουν επείγουσα ή άλλη ιατρικώς αναγκαία φροντίδα. Παρέχουν κάλυψη ΜΟΝΟ σε συμβάσεις εξόδων με το Yale New Haven Health. Στο FAP (Financial Assistance Program) μπορείτε να βρείτε ένα σύνδεσμο προς ένα κατάλογο παρόχων που παρέχουν τέτοιου είδους φροντίδα και κατά πόσον εφαρμόζουν το FAP ή όχι. Οι ασθενείς που δικαιούνται οικονομικής υποστήριξης δεν θα χρεωθούν ποσά υψηλότερα από αυτά που γενικά χρεώνονται σε ασφαλισμένους ασθενείς για επείγουσα ή άλλη ιατρικώς αναγκαία φροντίδα. Η Yale New Haven Health θα απαντά εγγράφως σε κάθε αίτηση. Εάν η αίτησή σας απορριφθεί, μπορείτε να ξανακάνετε αίτηση οποιαδήποτε στιγμή. Πρόσθετα κονδύλια για δωρεάν κλίνες διατίθενται κάθε χρόνο. Διατίθενται μεταφράσεις της Financial Assistance Policy, της Summary of Financial Assistance Policy (Περίληψης της πολιτικής οικονομικής υποστήριξης) και της Αίτησης για ορισμένες ομάδες με περιορισμένη γνώση των Αγγλικών.

Για βοήθεια, καλέστε μας στον αριθμό 1-855-547-4584.

Πώς θα υποβάλω αίτηση για οικονομική υποστήριξη;

How do I apply for financial assistance?

Για τη διευκόλυνση της διαδικασίας για τους ασθενείς, το Yale New Haven Health χρησιμοποιεί ένα έντυπο αίτησης για τα περισσότερα προγράμματα οικονομικής υποστήριξης. Εάν είστε ασθενής του Yale New Haven Hospital και θέλετε να κάνετε αίτηση για το Me & My Baby Program, επικοινωνήστε με τους εκπροσώπους του Women's Center στο τηλέφωνο 203-688-5470. Εάν είστε ασθενής του Greenwich Hospital και θέλετε να κάνετε αίτηση για τα εξωτερικά ιατρεία (Outpatient clinic), επικοινωνήστε με τον αριθμό 203-863-3334.

Σημείωση: Για να δικαιούστε βοήθεια από τα προγράμματα οικονομικής υποστήριξής μας, πρέπει να έχετε εκκρεμή έξοδα ή ένα προγραμματισμένο ραντεβού.

Πρόγραμμα δωρεάν φροντίδας: Ακολουθήστε τα βήματα 1, 2, 3 και 4.

Πρόγραμμα μειωμένου κόστους περίθαλψης: Ακολουθήστε τα βήματα 2, 3 και 4.

Βήμα 1: Κάντε αίτηση για το πρόγραμμα Medical Assistance της Πολιτείας.

Για να είστε επιλέξιμοι για το πρόγραμμα Free Care, ΠΡΕΠΕΙ να έχετε κάνει αίτηση για περίθαλψη με Medical Assistance (Medicaid) στην πολιτεία όπου διαμένετε και να σας έχει σταλεί μια έγκυρη και έγγραφη απόφαση σε σχέση με την αίτησή σας. Η τυχόν απόρριψη δεν είναι «έγκυρη» εάν εκδόθηκε επειδή δεν δώσατε πληροφορίες ή δεν ήσασταν συνεργάσιμοι.

Μπορείτε να κάνετε αίτηση για Medicaid στο τοπικό σας γραφείο κοινωνικών υπηρεσιών ή Department of Social Services (DSS). Οι διαμένοντες στο CT μπορούν να καλούν στο 1-800-842-1508 για να μάθουν ποιο είναι το πλησιέστερο γραφείο του DSS ή να κάνουν ηλεκτρονική αίτηση στη διεύθυνση www.accesshealthct.com. Το νοσοκομείο διαθέτει επίσης προσωπικό το οποίο μπορεί να σας βοηθήσει στη συμπλήρωση των αιτήσεων. Εάν χρειάζεστε βοήθεια, καλέστε μας στον αριθμό 1-855-547-4584.

Εφόσον λάβετε έγγραφη απόφαση από το DSS, μπορείτε να κάνετε αίτηση για το Free Care. Δεν δεχόμαστε επιστολές αποφάσεων παλαιότερες των 6 μηνών.

Βήμα 2: Συμπληρώστε την αίτηση.

Απαντήστε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις και τέλος υπογράψτε και σημειώστε την ημερομηνία στην αίτηση. Εάν κάποια ερώτηση δεν ισχύει για την οικογένειά σας, σημειώστε «Δ/Ι» (δεν ισχύει) στον παρεχόμενο χώρο.

Βήμα 3: Επισυνάψτε αποδεικτικό του εισοδήματός σας στην αίτηση. Το αποδεικτικό εισοδήματος είναι ένα έγγραφο που αποδεικνύει το οικογενειακό σας εισόδημα κατά το χρόνο συμπλήρωσης της αίτησης. Για τα είδη των εγγράφων που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε, συμβουλευθείτε τον πίνακα στα δεξιά.

Βήμα 4: Ταχυδρομήστε την αίτηση. Συνυποβάλετε τα παρακάτω: 1) Την επιστολή απόφασης από το DSS σχετικά με την επιλεξιμότητά σας για Υποστήριξη από την Πολιτεία και 2) Τη συμπληρωμένη, υπογεγραμμένη και με ένδειξη ημερομηνίας αίτηση, και 3) Αποδεικτικό εισοδήματος στη διεύθυνση:

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

Ως αποδεικτικά εισοδήματος μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τα παρακάτω έγγραφα:

| | |
|--|--|
| Εάν το εισόδημα της οικογένειάς σας προέρχεται από ... | Μπορείτε να επισυνάψετε αντίγραφα αυτών των εγγράφων ως αποδεικτικά εισοδήματος: (Αυτά τα έγγραφα δεν μπορεί να είναι παλαιότερα των έξι μηνών, εκτός της τελευταίας Ομοσπονδιακής Βεβαίωσης Επιστροφής Φόρου (Federal Tax Return) η οποία μπορεί να είναι και παλαιότερη.) |
| Αποδοχές (Εάν λαμβάνετε μηνιαίο μισθό ή αμείβετε με την ώρα για την εργασία που παρέχετε) | <ul style="list-style-type: none">– Δύο (2) από τα πλέον πρόσφατα σημειώματα μισθοδοσίας, Ή– Επιστολή από τον εργοδότη σας σε επιστολόχαρτο με τη φirma της εταιρείας του το οποίο να αναφέρει τις ώρες που έχετε εργαστεί και την ωριαία αμοιβή σας (προ φόρων) |
| Εισόδημα αυτοαπασχολούμενου (Εάν έχετε ατομικό επάγγελμα) | <ul style="list-style-type: none">– Την πλέον πρόσφατη Ομοσπονδιακή Βεβαίωση Επιστροφής Φόρου (Federal Tax Return) η οποία πρέπει να φέρει την υπογραφή σας |
| Επιδόματα (Social Security, Veteran's, Worker's Compensation, Unemployment, Pensions, Retirement funds, SSI, διατροφή) | <ul style="list-style-type: none">– Την πλέον πρόσφατη επιστολή απονομής επιδομάτων, Ή– Βεβαίωση επιδομάτων, Ή– Στελέχη των επιταγών πληρωμής |
| Εισοδήματα από ενοίκια | <ul style="list-style-type: none">– Αντίγραφο μισθωτηρίου συμβολαίου ή έγγραφο συμφωνητικό το οποίο να αποδεικνύει το ύψος του ενοικίου Ή– Δική σας επιστολή στην οποία να αναφέρεται το ετήσιο ποσό που λαμβάνετε από ενοίκια |
| Τόκοι, μερίσματα ή καταβολές προσόδων | <ul style="list-style-type: none">– Η πλέον πρόσφατη Ομοσπονδιακή Βεβαίωση Επιστροφής Φόρου (Federal Tax Return), Ή– Βεβαίωση από το χρηματοπιστωτικό ίδρυμα η οποία να αναφέρει το ποσό και τη συχνότητα των καταβολών και το ποσό που έχει καταβληθεί μέχρι τώρα εντός του έτους |
| Εάν δεν έχετε εισόδημα | <ul style="list-style-type: none">– Μια επιστολή από το πρόσωπο που σας συντηρεί, Ή– Εάν δεν έχετε κάποιο πρόσωπο που να σας συντηρεί, στείλτε μια υπογεγραμμένη και με ένδειξη ημερομηνίας επιστολή με την οποία να εξηγήτε την τρέχουσα οικονομική σας κατάσταση |

Αίτηση για τα προγράμματα Οικονομικής Υποστήριξης Application for Financial Assistance Programs



Το Yale New Haven Health χρησιμοποιεί ένα έντυπο αίτησης για τα περισσότερα προγράμματα οικονομικής υποστήριξης. Με τη συμπλήρωση αυτής της αίτησης θα καταστείτε επιλέξιμο(ες) για τα προγράμματα Free Care, Discounted Care και Bed Fund.
Για οδηγίες σχετικά με το πώς θα κάνετε αίτηση για οικονομική υποστήριξη, ανατρέξτε στη σελίδα 2. Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με αυτή την αίτηση, καλέστε στον αριθμό 855-547-4584.

1. Πληροφορίες ασθενούς:

Επώνυμο _____ Όνομα _____

Διεύθυνση _____

Ημερομηνία γέννησης _____

Πόλη _____ Πολιτεία _____ Ταχ. κώδικας (Zip) _____

Αριθμός τηλεφώνου _____

Εάν είστε έγκυος, ποια είναι η αναμενόμενη ημερομηνία κύησης; _____

Αριθμός ιατρικού αρχείου (εάν ισχύει) _____

Νομική υπόσταση: Αμερικανός πολίτης Κάτοικος των ΗΠΑ Βίζα (σπουδών, εργασίας, επισκέπτη) Όχι Αμερικανός πολίτης

2. Στοιχεία οικογένειας:

Αναφέρετε τον/τη σύζυγό σας και/ή τυχόν εξαρτημένα τέκνα που διαμένουν στην κατοικία σας. Μην αναφέρετε συντρόφους με τους οποίους δεν είστε παντρεμένοι. Εάν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, επισυνάψτε ένα ξεχωριστό έγγραφο.

| Όνομα μέλους οικογένειας | Σχέση με τον αιτούντα | Ημερομηνία γέννησης |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3. Πληροφορίες εισοδήματος:

Πρέπει να παραθέσετε πληροφορίες για το εισόδημα το δικό σας και του/της συζύγου σας. Συμπεριλάβετε όλες τις πηγές εισοδημάτων. Πηγές εισοδημάτων μπορεί να είναι, μεταξύ άλλων αλλά όχι αποκλειστικά: ημερομίσθια/μισθός, διατροφή, παροχές κοινωνικής πρόνοιας, επίδομα ανεργίας, έσοδα από ενοίκια, αποζημίωση εργαζόμενου και επίδομα τέκνων. Εάν δεν έχετε εισόδημα, επισυνάψτε μια επιστολή υποστήριξης στην αίτησή σας. (Βλέπε οδηγίες στη Σελίδα 2)

| Όνομα μέλους οικογένειας | Πηγή εισοδήματος | Αποκτηθέν εισόδημα προ φόρων | Άνεργος/Χωρίς εισόδημα |
|--------------------------|------------------|---|--------------------------|
| | | \$ _____ <input type="checkbox"/> Εβδομάδα <input type="checkbox"/> Δεκαπενθήμερο <input type="checkbox"/> Μήνας | <input type="checkbox"/> |
| | | \$ _____ <input type="checkbox"/> Εβδομάδα <input type="checkbox"/> Δεκαπενθήμερο <input type="checkbox"/> Μήνας | <input type="checkbox"/> |

4. Ασφάλιση υγείας:

Καλύπτεστε από οποιαδήποτε σύμβαση ασφάλισης υγείας, συμπεριλαμβανομένων των Medicare ή Medicaid ή έχετε κάλυψη από άλλη χώρα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, επισυνάψτε σε αυτή την αίτηση ένα αντίγραφο της κάρτας ασφάλισής σας και από τις δύο όψεις της. Ή εισάγετε τα παρακάτω:

| | | |
|---------------------|----------------------|-----------------|
| Κάτοχος συμβολαίου: | Ασφαλιστικός φορέας: | Αρ. συμβολαίου: |
| Κάτοχος συμβολαίου: | Ασφαλιστικός φορέας: | Αρ. συμβολαίου: |

5. Διαβάστε προσεκτικά προτού υπογράψετε:

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα όσα έχω αναφέρει στην παρούσα αίτηση και οποιαδήποτε συνημμένα αυτής, είναι αληθή.

- Αντιλαμβάνομαι ότι τυχόν εσφαλμένες, ελλιπείς ή ψευδείς πληροφορίες σε αυτό το έντυπο θα μπορούσαν να προκαλέσουν απόρριψη της αίτησής μου για οικονομική υποστήριξη.
- Παρέχω στη Yale New Haven Health την άδεια να επαληθεύσει οποιοσδήποτε ή και όλες τις πληροφορίες αυτές.
- Παρέχω στη Yale New Haven Health την άδεια να ζητήσει την έκθεση πίστωσής μου (credit report).
- Συμφωνώ να αναπληρώσω όλο το ποσό της οικονομικής υποστήριξης που θα μου απονεμηθεί εάν λάβω οποιοδήποτε είδους πληρωμή, συμπεριλαμβανομένων ποσών που επιδικάζονται από αγωγή για τις υπηρεσίες οι οποίες καλύπτονται από την παρούσα αίτηση.
- Συμφωνώ να παράσχω ενημέρωση στη Yale New Haven Health για τυχόν αλλαγές οι οποίες θα μπορούσαν να αλλάξουν την επιλεξιμότητά μου για οικονομική υποστήριξη.
- Αντιλαμβάνομαι ότι σε συνδυασμό με την αίτησή μου για οικονομική υποστήριξη, η Yale New Haven Health μπορεί να υποχρεωθεί να αποκαλύψει προσωπικά μου ευαίσθητα δεδομένα υγείας (Protected Health Information, όπως αυτός ο όρος προσδιορίζεται στο HIPAA Privacy Rule, 42 CFR, μέρη 160 μέχρι και 164) προκειμένου να διαπιστώσει την επιλεξιμότητά μου.
- Αντιλαμβάνομαι ότι τέτοιου είδους γνωστοποίηση θα γίνεται για σκοπούς πληρωμών, όπως ορίζεται στο ως άνω HIPAA Privacy Rule.

Υπογραφή αιτούμενου ή νόμιμου κηδεμόνα

Ημερομηνία

Ολογράφως το όνομα του αιτούμενου ή νόμιμου κηδεμόνα

Μην παραλείψετε να επισυνάψετε στην αίτησή σας μια έγκυρη έγγραφη απόφαση της αίτησής σας για το Medicaid και αποδεικτικό εισοδήματος ή επιστολή υποστήριξης.

Ταχυδρομήστε τη συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση:

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