

## Resumen de la Política de asistencia financiera (Summary of Financial Assistance Policy)

Yale New Haven Health entiende que algunos pacientes pueden tener dificultades para pagar las facturas hospitalarias. Por ello, tenemos una serie de programas de asistencia financiera concebidos para ayudar en estos casos. Los pacientes tienen que completar una solicitud de asistencia financiera y proporcionar los documentos solicitados para que podamos verificar la necesidad económica.

Si desea más información o solicitar una copia gratis de la política de asistencia financiera y la solicitud, o si necesita ayuda para completar la solicitud, póngase en contacto con *Patient Financial and Admitting Services* llamando al 855-547-4584, en el sitio web [www.ynhhs.org](http://www.ynhhs.org) o visítenos en nuestras oficinas de admisión (*Admitting*) en: **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; o **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.

### Atención gratuita (Free care)

**Usted podría cumplir los requisitos para recibir atención gratuita si:**

- su familia gana el equivalente o una cantidad inferior a 2 veces y media el nivel federal de pobreza (las cantidades de ingresos máximos se indican en la tabla a continuación);
- ha solicitado asistencia estatal (Medicaid) y ha recibido una decisión válida por escrito del estado en los 6 meses anteriores; y
- completa una solicitud de asistencia financiera.

### Atención con descuento (Discounted care)

Usted podría cumplir los requisitos para recibir atención con descuento si:

- su familia gana el equivalente o una cantidad inferior a 5 veces y media el nivel federal de pobreza (las cantidades de ingresos máximos se indican en la tabla a continuación);
- no tiene seguro; y
- completa una solicitud de asistencia financiera.

#### Ingresos máximos

Tamaño de la familia	Atención gratuita	Atención con descuento
1	\$30,350	\$66,770
2	\$41,150	\$90,530
3	\$51,950	\$114,290
4	\$62,750	\$138,050

\*Atención gratuita: sumar **\$10,800** por cada familiar adicional.

\*Atención con descuento: sumar **\$23,760** por cada familiar adicional.

### Fondos restringidos para camas (Restricted bed funds)

Usted podría cumplir los requisitos para recibir fondos restringidos para camas, fondos que han sido donados para proporcionar atención gratuita o con descuento a personas que cumplen los criterios de un fondo particular, con el fin de

reducir o anular su factura del hospital, si ha demostrado una necesidad económica según lo determinado por el responsable del fondo, y si satisface todos los requisitos para recibir los fondos (cada fondo tiene criterios únicos). No hay límites de ingresos específicos para recibir fondos restringidos para camas. Los responsables de los fondos determinan la elegibilidad caso por caso en función de las dificultades económicas. Todos los pacientes que llenen la solicitud de asistencia financiera de YNHHS serán considerados automáticamente para recibir fondos restringidos para camas.

### Programa "Mi bebé y Yo" de Yale New Haven Hospital (Yale New Haven Hospital "Me & My Baby")

Este programa está dirigido a los pacientes del Yale New Haven Hospital. Proporciona servicios gratuitos de atención prenatal, trabajo de parto y parto, además de parte de la atención posparto, a las pacientes que pueden optar al programa. Usted podría cumplir los requisitos si vive en el condado de New Haven, no tiene ningún tipo de seguro médico, su ingreso familiar es el igual o inferior a 2 veces y media el nivel federal de pobreza (ver la tabla de ingresos máximos), solicita asistencia del estado (Medicaid) y recibe una decisión por escrito válida del estado. Para obtener más información o pedir una solicitud para el Programa Yo y mi bebé de Yale New Haven Hospital, hable con nuestros representantes en el Women's Center o llame al **203-688-5470**.

### Clínica ambulatoria de Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

La clínica ambulatoria de Greenwich Hospital proporciona atención gratuita y con descuento a las personas que soliciten inscribirse en el plan de la clínica y obtengan la aprobación correspondiente. Si usted no tiene seguro y no reúne los requisitos para recibir asistencia del estado (Medicaid), podría cumplir los requisitos si es residente de Greenwich y su ingreso familiar es igual o inferior a 4 veces el nivel federal de pobreza. Para obtener más información o pedir una solicitud, llame al **203-863-3334**.

### Una nota sobre los programas

Debe ser ciudadano o residente de los Estados Unidos para poder para recibir asistencia financiera. Estos programas cubren la atención urgente y otra atención médicamente necesaria. SOLO cubren las facturas de los hospitales miembros de Yale New Haven Health. En los FAP se incluye una lista de proveedores que proporcionan dicha atención junto con una indicación de si siguen o no los FAP. A los pacientes que cumplan los requisitos para asistencia financiera no se les cobrará un importe superior a la cantidad generalmente facturada a pacientes con seguro por atención urgente u otros tipos de atención médicamente necesaria. Yale New Haven Health responderá a cada solicitud por escrito. Si su solicitud se deniega, puede volver a presentarla en cualquier momento. Cada año se ofrecen nuevos fondos adicionales para camas gratuitas. Disponemos de traducciones de nuestra Política de asistencia financiera, y del Resumen de la Política de asistencia financiera y la solicitud para determinados grupos con conocimiento limitado del inglés.

Llame al 1-855-547-4584 si necesita ayuda.

## ¿Cómo solicito asistencia financiera?

Para simplificar el proceso para los pacientes, Bridgeport Hospital, Greenwich Hospital, Lawrence + Memorial Hospital, Westerly Hospital y Yale New Haven Hospital usan el mismo formulario para la mayoría de los programas de asistencia financiera. Si es paciente de Yale New Haven Hospital y desea participar en el Programa Yo y mi bebé, hable con nuestros representantes del *Women's Center* llamando al 203-688-5470. Si es paciente de Greenwich Hospital y desea solicitar asistencia financiera para la clínica ambulatoria, llame al 203-863-3334.

**Nota:** Debe tener facturas del hospital pendientes o una cita programada en el hospital para poder beneficiarse de nuestros programas de asistencia financiera.

**Programa de atención gratuita:** Siga los pasos 1, 2, 3 y 4.

**Programa de atención con descuento:** Siga los pasos 2, 3 y 4.

### Paso 1: Solicite asistencia médica del estado.

Para cumplir los requisitos para recibir atención gratuita, DEBE solicitar asistencia médica (Medicaid) en el estado en el que vive y haber recibido una decisión por escrito válida sobre su solicitud. La denegación no es "válida" si se emitió porque usted no aportó información o no cooperó.

Puede solicitar asistencia de Medicaid en la oficina del Departamento de Servicios Sociales (*Department of Social Services, DSS*) de su localidad. Si es residente de CT: llame al 1-800-842-1508 para que le indiquen cuál es la oficina del DSS más próxima a usted, o presente la solicitud en línea en [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com). El hospital también tiene personal que puede ayudarle a rellenar las solicitudes. Si necesita asistencia, llámenos al 1-855-547-4584.

Una vez que usted reciba una decisión por escrito del DSS, puede solicitar atención gratuita. No podemos aceptar cartas de decisión fechadas hace más de 6 meses.

### Paso 2: Complete la solicitud.

Responda TODAS las preguntas, y firme y feche la solicitud. Si una pregunta no se aplica a su familia, escriba "NA" (no aplicable) en el espacio indicado.

**Paso 3: Adjunte un comprobante de ingresos** a la solicitud. Un comprobante de ingresos es un documento que muestra los ingresos de su familia en el momento en que usted rellena la solicitud. En la tabla de la derecha se indican los tipos de documentos que pueden utilizarse.

**Paso 4: Envíe por correo la solicitud.** Incluya: 1) La carta de decisión del DSS sobre su elegibilidad para recibir asistencia del estado; 2) la solicitud completada, firmada y fechada; y 3) el comprobante de ingresos a:

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

## Los documentos siguientes pueden utilizarse como comprobante de ingresos:

Si los ingresos de su familia provienen de ...	Puede adjuntar copias de estos documentos como comprobante de ingresos: (Estos documentos no deben tener más de seis meses de antigüedad, con la excepción de su declaración federal de impuestos más reciente que podría ser más antigua.)
<b>Sueldos</b> (Si gana un salario o recibe una paga por hora por un trabajo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dos (2) de los recibos de nómina más recientes, <b>O</b></li> <li>- Una carta del empleador en papel con membrete de la empresa que indique las horas que ha trabajado y cuánto gana por hora (antes de impuestos).</li> </ul>
<b>Ingresos de trabajo por cuenta propia</b> (Si usted trabaja por cuenta propia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Declaración de impuestos federales más reciente (debe estar firmada por usted)</li> </ul>
<b>Beneficios</b> (Seguro social, veteranos, indemnización laboral (por accidentes), desempleo, pensiones, fondos de jubilación, SSI, pensión alimenticia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carta de concesión de beneficios más reciente, <b>O</b></li> <li>- Declaración de beneficios, <b>O</b></li> <li>- Recibos de cheques</li> </ul>
<b>Ingresos por alquiler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia del contrato de arrendamiento o contrato escrito que indique la cantidad del alquiler, <b>O</b></li> <li>- Una carta escrita por usted que indique la cantidad del alquiler que recibe al año</li> </ul>
<b>Intereses, dividendos o rentas vitalicias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Declaración de impuestos federales más reciente, <b>O</b></li> <li>- Declaración de la institución financiera indicando la cantidad y la frecuencia de pagos y la cantidad pagada este año hasta la fecha</li> </ul>
<b>Si no tiene ingresos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una carta de la persona que lo mantiene, <b>O</b></li> <li>- Si no tiene una persona que lo mantiene, una carta firmada y fechada por usted explicando su situación económica actual.</li> </ul>

## Solicitud para programas de asistencia financiera (Application for Financial Assistance Programs)



Bridgeport Hospital, Greenwich Hospital, Lawrence + Memorial Hospital, Westerly Hospital y Yale New Haven Hospital usan el mismo formulario para la mayoría de los programas de ayuda financiera. Una vez complete esta solicitud, será considerado para nuestros programas de atención gratuita, atención con descuento y fondos para camas. Las instrucciones sobre cómo solicitar asistencia financiera se encuentran en la página 2.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta solicitud, llame al 855-547-4584.

### 1. Información del paciente

Apellidos	Nombre	Número del Seguro social
Calle	Fecha de nacimiento	
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		Teléfono
Si está embarazada, ¿cuál es la fecha prevista para el parto? _____		N.º de historia clínica (si está disponible)

Estado legal:  Ciudadano EE.UU.  Residente EE.UU.  Visado (estudiante, trabajador, visitante)  No ciudadano EE.UU.

### 2. Información de la familia:

Indique el cónyuge y los niños dependientes que viven en su hogar. No incluya parejas no casadas. Si necesita más espacio, adjunte un documento separado.

Nombre del familiar	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento

### 3. Información sobre ingresos:

**La información sobre sus ingresos y los de su cónyuge es obligatoria.** Incluya todas las fuentes de ingresos. Las fuentes de ingresos pueden incluir, entre otras, las siguientes: sueldos/salarios, pensión alimenticia, seguridad social, desempleo, ingresos por alquiler, indemnización laboral (por accidentes) y manutención de los hijos. Si no tiene ingresos, adjunte una carta de ayuda a su solicitud. (Vea las instrucciones en la página 2)

Nombre del familiar	Fuente de ingresos	Cantidad ganada antes de impuestos (encierre en un círculo)	Desempleado / No tiene ingresos
		\$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/>

#### 4. Seguro médico:

¿Está cubierto por alguna póliza de seguro médico, incluido Medicare o Medicaid, o tiene cobertura de un país extranjero?  SÍ  NO

Si responde sí, adjunte una copia de las dos caras de su tarjeta de seguro a esta solicitud O ingrese los siguientes datos:

Titular de la póliza:	Aseguradora:	N.º de póliza:
Titular de la póliza:	Aseguradora:	N.º de póliza:

#### 5. Por favor, lea detenidamente antes de firmar:

Con mi firma más abajo, certifico que todo lo que he afirmado en esta solicitud y cualquier documento adjunto a la misma es verdad.

- Entiendo que cualquier información incorrecta, incompleta o falsa en este formulario podría tener como consecuencia el rechazo de mi solicitud de asistencia financiera.
- Doy permiso a Yale New Haven Health para que verifique toda la información.
- Doy permiso a Yale New Haven Health para que solicite mi informe crediticio.
- Me comprometo a devolver la cantidad total recibida en concepto de asistencia financiera si recibo algún tipo de pago, incluidas recompensas de un litigio, por los servicios cubiertos por esta solicitud.
- Me comprometo a informar a Yale New Haven Health de cualquier cambio que pueda modificar mi elegibilidad para asistencia financiera.
- Entiendo que, en relación con mi solicitud de asistencia financiera, Yale New Haven Health podría necesitar divulgar información médica protegida (según se define este término en la Regla de privacidad de la HIPAA, 42 CFR partes 160 a 164) sobre mí con el fin de determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que dicha divulgación será para fines de pago, según se define en la Regla de privacidad de la HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del solicitante o tutor legal

**Recuerde adjuntar una decisión por escrito válida de su solicitud a Medicaid y comprobante(s) de ingresos o una carta de manutención con su solicitud de asistencia financiera.**

**Por favor, envíe la solicitud completada a:**

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