

Summary of Financial Assistance Policy

Yale New Haven Health این مساله درک میکند که پرداخت هزینه های طبی میتواند برای بعضی مریضان دشوار باشد. به همین علت ما برنامه های کمک مالی گوناگونی داریم که میتوانند کمک نمایند. مریضان ملزم هستند تا یک درخواست کمک مالی را تکمیل نموده و اسناد الزامی را جهت تصدیق نیازمندی مالی شان ارائه نمایند.

جهت کسب معلومات بیشتر، یک نسخه رایگان پالیسی کمک مالی و درخواستی ما را بدست آورید، یا جهت کمک گرفتن برای خانه پوری درخواستی با خدمات Financial and Admitting 855-547-4584 مریضان از طریق شماره 855-547-4584 ، [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) مشاهده صفحه انترنتی یا بازدید یکی از دفاتر پذیرش ما در آدرس های ذیل به تماس شوید:  
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  
Yale New Haven Hospital 20 York Street, New Haven, CT

وجوه تخت محدود شده (Restricted bed funds)

شما ممکن است برای دریافت وجوه تخت محدود شده واجد شرایط باشید، وجوهی که به هدف فراهم آوری مراقبت رایگان یا دارای تخفیف برای کسانی که شرایط صندوق را داشته باشند اهداء شده است، تا اینکه بتواند قیض هزینه شما را کاهش یا اینکه کاملاً پرداخت نماید به این شرط که نیازمندی مالی شما مشهود باشد و توسط نماینده صندوق تصدیق گردد؛ و شما دارای شرایط لازم برای دریافت وجوه باشید (هر نوع وجه دارای شرایط منحصر خود می باشد). هیچ نوع محدودیتی در قسمت درآمد برای دریافت وجوه تخت محدود شده وجود ندارد. واجد شرایط بودن بصورت موردی توسط نمایندگان صندوق بر اساس نیازمندی مالی افراد مشخص میشود. تمام مریضانی که درخواست کمک مالی YNHHS را تکمیل می نمایند، بصورت اتومات برای دریافت وجوه تخت محدود شده نیز در نظر گرفته می شوند.

برنامه "من و طفلم" در Yale New Haven Hospital  
(Yale New Haven Hospital "Me & My Baby" Program)

این برنامه مربوط مریضان Yale New Haven Hospital می باشد. این برنامه مراقبت بارداری، خدمات تولد طفل، و بعضی مراقبت های بعد از تولد را برای کسانی که واجد شرایط باشند فراهم میکند. اگر شما در ناحیه نیو هیون زندگی می کنید؛ هیچ گونه بیمه صحتی نداشته باشید؛ فامیل شما کمتر یا مساوی با 2 1/2 برابر سطح فقر فدرال درآمد داشته باشد (حداکثر مقادیر درآمد در جدول مشاهده نمایید)؛ شما به کمک های ایالتی (Medicaid) درخواست می دهید و یک تصمیم معتبر مکتوبی را از طرف ایالت دریافت می کنید. برای کسب معلومات بیشتر یا درخواست فرم درخواستی برنامه من و طفلم Yale New Haven Hospital، نمایندگان ما را در مرکز زنان ملاقات کنید یا به شماره 203-688-5470 تماس حاصل کنید.

کلینیک مریضان سرپایی Greenwich Hospital  
(Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

کلینیک مریضان سرپایی Greenwich Hospital برای اشخاصیکه عضویت کلینیک درخواست می دهند و تایید میشوند، مراقبت های رایگان یا دارای تخفیف را فراهم می کند. اگر بیمه ندارید، و برای کمک های ایالتی (Medicaid) واجد شرایط نباشید، در صورتیکه باشند گریونوچ باشید و فامیل شما درآمد کمتر از یا مساوی با 4 برابر سطح فقر فدرال داشته باشد، ممکن است واجد شرایط باشید. برای کسب معلومات بیشتر یا درخواست فرم درخواستی به شماره 203-863-3334 تماس حاصل کنید.

یک یادداشت در مورد برنامه ها (A note about the programs)

برای اینکه جهت دریافت کمک های مالی واجد شرایط شناخته شوید، باید دارای تابعیت یا اقامت ایالات متحده باشید. این برنامه ها مراقبت های عاجل و بعضی نیازمندی های صحتی دیگر را پوشش میدهند. آنها فقط قیض های صادر شده از طرف هزینه Yale New Haven Health را پوشش میدهد. برای مشاهده لینک فراهم کنندگانی که این نوع مراقبت ها را عرضه میکنند و اینکه آیا آنها Financial Assistance Programs (FAP) را رعایت میکنند به FAP مراجعه کنید. هزینه مریضانی که واجد شرایط کمک مالی شناخته میشوند بیشتر از هزینه اشخاصیکه بیمه صحتی دارند و خدمات عاجل یا دیگر مراقبت های ضروری را دریافت میکنند نخواهد بود. Yale New Haven Health به هر درخواستی بصورت کتبی جواب میدهد. در صورتیکه درخواستی شما رد شود، میتوانید هر زمانی دوباره درخواست دهید. وجوه تخت اضافی بصورت سالانه در دسترس قرار داده می شوند. ترجمه پالیسی کمک مالی، خلاصه پالیسی کمک مالی و فرم درخواستی ما برای اشخاصیکه توانایی محدود در انگلیسی دارند موجود می باشد.

برای کمک لطفاً به شماره 1-855-547-4584 تماس بگیرید.

مراقبت رایگان (Free care)

در صورتیکه دارای شرایط ذیل باشید، ممکن است برای دریافت مراقبت رایگان واجد شرایط باشید:

- فامیل شما کمتر یا مساوی با 2 1/2 برابر سطح فقر فدرال درآمد داشته باشد (حداکثر مقادیر درآمد در جدول ذیل ذکر شده است)
- شما به کمک های ایالتی (Medicaid) درخواست می دهید و یک تصمیم معتبر مکتوبی را از طرف ایالت در مدت 6 ماه گذشته دریافت کرده باشید؛ و
- درخواست کمک مالی را تکمیل نمایید

مراقبت با تخفیف (Discounted Care)

در صورتیکه شرایط ذیل را داشته باشید ممکن است واجد شرایط برای دریافت مراقبت با تخفیف شوید:

- فامیل شما به مقدار 5 1/2 یا کمتر از سطح فقر فدرال درآمد داشته باشد (حداکثر درآمد در جدول فوق ذکر گردیده است)
- شما فاقد بیمه باشید؛ و
- یک درخواستی کمک مالی را خانه پوری نمایید

حداکثر درآمد

تعداد فامیل:	مراقبت رایگان	مراقبت با تخفیف:
1	\$31,225	\$68,695
2	\$42,275	\$93,005
3	\$53,325	\$117,315
4	\$64,375	\$141,625

\*مراقبت رایگان: در بدل اضافه شدن هر عضو جدید به فامیل \$11,050 اضافه نمایی

\*مراقبت با تخفیف: در بدل اضافه شدن هر عضو جدید به فامیل \$24,310 اضافه نمایی

**(How do I apply for financial assistance?)**

با هدف تسهیل نمودن پروسه برای مریضان، Yale New Haven Health از یک فورم درخواستی در اکثر برنامه های کمک مالی خود استفاده می کنند. اگر شما مریض Yale New Haven Hospital هستید و می خواهید به برنامه من و طفلم درخواست بدهید، لطفاً با نمایندگان ما در مرکز زنان از طریق شماره 203-688-5470 به تماس شوید. اگر شما یک مریض Greenwich Hospital هستید و می خواهید به کلینیک سرپایی درخواست دهید، لطفاً به شماره 203-863-3334 تماس بگیرید.

**نوت:** برای اینکه در برنامه های کمک مالی ما واجد شرایط پنداشته شوید، باید بل های فعلی یا برای ارزیابی واجد شرایط بودن، قرار ملاقات تعیین شده داشته باشید.

**برنامه مراقبت رایگان:** مراحل 1، 2، 3 و 4 را تعقیب کنید.

**برنامه مراقبت دارای تخفیف:** مراحل 2، 3 و 4 را تعقیب کنید.

**مرحله 1: به برنامه کمک صحتی ایالتی درخواست دهید.**

اگر می خواهید برای دریافت مراقبت های رایگان واجد شرایط پنداشته شوید، شما باید به کمک های ایالتی (Medicaid) در ایالتی که زندگی می کنید درخواست دهید و یک تصمیم معین مکتوبی را از طرف ایالت دریافت کرده باشید. در صورتیکه نامه عدم تایید کمک صحتی به دلیل عدم فراهم آوری معلومات یا همکاری شما صادر شده باشد، مورد "اعتبار" نخواهد بود.

شما می توانید برای Medicaid در دفتر Department of Social Services (DSS) محلی خودتان درخواست دهید. باشندگان CT می توانند جهت پیدا کردن نزدیکترین دفتر DSS به شماره 1-800-842-1508 تماس حاصل کنند یا از طریق آنلاین [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com) درخواست دهند. (Rhode Island: 1-855-840-4774) شفاخانه نیز کارمندی دارد که می توانند در حصة خانه پوری درخواستی با شما همکاری نمایند. در صورتیکه نیاز به کمک داشته باشید، از طریق شماره 1-855-547-4584 با ما به تماس شوید.

بعد از اینکه از جانب DSS مکتوب تصمیم آنها را دریافت کردید، می توانید برای مراقبت رایگان درخواست دهید. ما نمی توانیم مکتوب های تصمیمی که بیش از 6 ماه از صدور آن گذشته باشد را قبول نماییم.

**مرحله 2: درخواستی را تکمیل نمایید.**

لطفاً به تمام سوالات جواب ارائه کنید و فورم را امضاء نموده و تاریخ بزنید. در صورتیکه کدام سوالی مربوط فامیل شما نمیشود، لطفاً "N/A" (قابل اعمال نیست) را در فضای مشخص شده بنویسید.

**مرحله 3: تصدیق درآمد را (Attach proof of income) به**

درخواستی خود ضمیمه نمایید. تصدیق درآمد عبارت از سندی است که نشان میدهد فامیل شما چه مقدار درآمد در زمان خانه پوری درخواستی دارد. جدول طرف راست را برای انواع اسناد مورد استفاده مشاهده نمایید.

**مرحله 4: درخواستی را پست کنید. (Mail the application.)**

این اسناد را شامل نمایید: (1) نامه از جانب DSS مبنی بر تصمیم آنها در مورد واجدیت شرایط شما جهت دریافت کمک های ایالتی؛ (2) فورم درخواستی تکمیل شده، امضاء و تاریخ زده شده؛ و (3) تصدیق درآمد را به آدرس ذیل ارسال کنید:

**اسناد ذیل به عنوان تصدیق درآمد محسوب می شوند:**

شما می توانید یک کپی از این اسناد را به عنوان تصدیق درآمد ضمیمه نمایید: (این اسناد نباید بیش از 6 ماه از صدور آن گذشته باشد، تنها مورد استثنای تازه ترین برگشت مالیات فدرال شماس است که ممکن است وقت آن قدیمی تر باشد.)	اگر درآمد فامیل شما از... باشد
دو (2) تازه ترین ته چک های معاش دریافت شده، یا یک نامه از کارفرمایان که باید روی سربرگ رسمی شرکت باشد و مقدار ساعات کاری و معاش فی ساعت را ذکر نماید (قبل از کسر مالیات)	معاشات (در صورتیکه از یک وظیفه معاش سالانه یا ساعتی دریافت می کنید)
تازه ترین برگشت مالیات بر درآمد فدرال (باید توسط خودتان امضاء شده باشد)	درآمد از کار شخصی (در صورتیکه کار شخصی داشته باشید)
تازه ترین نامه اعطایی مزایا، یا اظهارنامه مزایا، یا ته چکها	مزایا (رفاه اجتماعی، پرداختی های عساکر بازنشسته، کارگران، بیکاری، تقاعدی، صندوق های تقاعدی، SSI، نفقه)
کپی قرارداد خط کرایه یا توافق نامه مکتوب که مقدار کرایه را نشان دهد، یا یک نامه که توسط شما نوشته شده باشد و مقدار کرایه دریافتی در سال را در آن ذکر نمایید	درآمد کرایه ایی
تازه ترین برگشت مالیات بر درآمد فدرال، یا اظهارنامه از جانب نهاد مالی که مقدار و فاصله بین پرداختی ها را از اول سال الی تاریخ فعلی ذکر کرده باشد	پرداختی های سود، سهام یا مستمری
یک نامه از شخصیکه شما را حمایت مالی میکند، یا در صورتیکه شخصی برای حمایت خود نداشته باشید، یک نامه را بنویسید، امضاء نموده و تاریخ بزنید و وضعیت مالی فعلی خود را تشریح کنید	در صورتیکه هیچ درآمد نداشته باشید

فهرم درخواستی برای برنامه های کمک مالی  
Application for Financial Assistance Programs

Yale New Haven Health از یک فهرم درخواستی واحد در اکثر برنامه های کمک مالی خود استفاده می کنند. با تکمیل کردن این فهرم، شما برای دریافت برنامه های مراقبت رایگان، دارای تخفیف، و وجوه تخت ما در نظر گرفته خواهید شد. برای کسب هدایات در مورد چگونگی درخواست دادن به کمک مالی، لطفاً به صفحه 2 مراجعه کنید. در مورد هر گونه سوال پیرامون این درخواستی، لطفاً به شماره 855-547-4584 به تماس شوید.

1. معلومات مریض:

اسم	اسم فامیلی
تاریخ تولد	آدرس سرک
شهر	ایالت
	کود پستی
	شماره تلفون
شماره سوابق صحتی (در صورت موجودیت)	

در صورتیکه باردار باشید، تاریخ وضع حمل شما چه وقت می باشد؟

وضعیت اقامت:  تابعیت ایالات متحده  اقامت ایالات متحده  ویزا (تحصیلی، کار، سیاحت)  تابعیت غیر ایالات متحده

2. معلومات فامیلی: همسر و/یا اطفال وابسته به شما که در خانه تان زندگی میکنند را ذکر نمایید. همسر غیر متاهل را شامل نکنید. در صورت نیاز به فضای بیشتر جهت نوشتن، لطفاً یک سند جداگانه را ضمیمه نمایید.

اسم عضو فامیلی	رابطه با متقاضی	تاریخ تولد

3. معلومات درآمد:

معلومات درآمد شما و همسرتان باید فراهم گردد. تمام منابع درآمد را ذکر نمایید. منابع درآمد میتوانند شامل بر این موارد باشند اما نه محدود به آنها: معاشات/درآمد سالانه، نفقه، رفاه اجتماعی، بیکاری، درآمد از طریق دریافت کرایه، معاش کارگران، و پول حمایتی طفل. اگر هیچ درآمد نداشته باشید، یک نامه را با دلایل ضمیمه درخواستی نمایید. (لطفاً به هدایات صفحه 2 توجه نمایید)

اسم عضو فامیل	منبع درآمد	مقدار	بدست آمده	قبل از مالیات	بیکار/بدون درآمد
		_____ دالر	<input type="checkbox"/> دو هفته وار <input type="checkbox"/> ماهیانه	<input type="checkbox"/> ماهیانه	<input type="checkbox"/>
		_____ دالر	<input type="checkbox"/> دو هفته وار <input type="checkbox"/> ماهیانه	<input type="checkbox"/> ماهیانه	<input type="checkbox"/>

#### 4. بیمه صحی :

آیا کدام پالیسی بیمه صحی دارید که شما را پوشش دهد، به شمول Medicare یا Medicaid یا از طریق یک کشور خارجی شما را پوشش دهد؟

آری  خیر

در صورتیکه بله باشد، لطفا عقب و جلو کارت بیمه خود را همراه این درخواستی ارسال نمایید یا معلومات ذیل را درج نمایید

شماره پالیسی:	بیمه کننده:	دارنده پالیسی:
شماره پالیسی:	بیمه کننده:	دارنده پالیسی:

#### 5. لطفا قبل از امضاء کردن به دقت بخوانید:

- با امضاء نمودن در ذیل این سند، اینجانب تصدیق می نمایم که تمام مطالبی که در این درخواستی اظهار نموده ام و هر گونه ضمیمه آن صحیح می باشد.
- من اینرا درک میکنم که هر گونه معلومات غلط، ناقص، یا اشتباه در این فرم میتواند باعث عدم تایید درخواستی من برای کمک مالی گردد.
- من به Yale New Haven Health اجازه میدهم که هر گونه معلومات را بررسی نماید.
- من به Yale New Haven Health اجازه میدهم که تاریخچه کردیت من را درخواست نماید.
- من توافق می نمایم تا مقدار مجموعی کمک مالی خویش را در صورتی باز پرداخت نمایم که اگر هر گونه پرداختی، به شمول پول ناشی از دعوای مدنی را در بدل خدماتی که توسط این درخواستی پوشش داده میشود را دریافت کنم.
- من توافق می نمایم تا Yale New Haven Health را در مورد هر گونه تغییراتی که باعث ایجاد تغییر در واجد شرایط بودن من جهت دریافت کمک مالی شود، مطلع نمایم.
- من اینرا درک میکنم که در ارتباط با درخواستی من جهت دریافت کمک مالی، Yale New Haven Health نیاز به افشای معلومات محافظت شده صحی (مطابق تعریف موجود در مقرر حریم خصوصی HIPPA، 42 CFR، بخش های 160 الی 164) در مورد اینجانب به هدف مشخص نمودن مطابقت شرایط من در این برنامه خواهد داشت.
- من اینرا درک میکنم که هر گونه افشای معلومات به هدف پرداخت هزینه خواهد بود، همانگونه که در مقرر حریم خصوصی HIPPA تعریف شده است.

تاریخ

امضاء شخص متقاضی یا سرپرست قانونی

اسم شخص متقاضی یا سرپرست قانونی

به یاد داشته باشید تا نامه کتبی تصمیم در مورد درخواستی کمک بیمه صحی Medicaid خویش و تصدیق درآمد یا یک نامه را در حمایت از درخواست خود ضمیمه نمایید.

درخواست های تکمیل شده خویش را به آدرس ذیل پست نمایید:

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