

بودجه بستری شدن محدود (Restricted bed funds)

ممکن است واجد شرایط دریافت بودجه بستری شدن محدود باشید، بودجه‌ای که برای ارائه مراقبت‌های رایگان یا با تخفیف به افرادی که معیارهای هر یک از بودجه‌ها را برآورده می‌کنند اهدا میشود؛ اگر نیاز مالی خود را طبق الزامات اعطاکنده بودجه به اثبات برسانید و تمام معیارهای واجد شرایط بودن برای دریافت بودجه را برآورده نمایید این بودجه باعث کاهش یا حذف صورتحساب بیمارستان شما می‌شود (هر بودجه دارای معیارهای منحصر به فردی است). هیچ محدودیت درآمد خاصی برای دریافت بودجه بستری شدن محدود وجود ندارد. واجد شرایط بودن به‌طور موردی توسط اعطاکندگان و بر اساس مشکلات مالی تعیین میشود. تمام بیمارانی که درخواست کمک مالی YNHHS را تکمیل می‌کنند به‌طور خودکار جهت بودجه بستری شدن محدود نیز در نظر گرفته می‌شوند.

برنامه «من و نوزادم» بیمارستان ییل نیو هون

این برنامه شامل بیماران بیمارستان ییل نیو هون می‌شود. در قالب این برنامه، مراقبت پیش از زایمان، مراقبت دوران بارداری و مراقبت زایمان و نیز برخی خدمات پس از زایمان به صورت رایگان به افراد واجد شرایط ارائه می‌شود. و برخی از مراقبت‌های پس از زایمان به‌طور رایگان به افراد واجد شرایط است. در صورتی ممکن است واجد شرایط باشید که در بخش نیهیون (New Haven County) زندگی کنید؛ هیچ نوع بیمه درمانی نداشته باشید؛ درآمد خانوار شما کمتر یا برابر با دو و نیم برابر خط فقر فدرال باشد (به جدول حداکثر درآمد نگاه کنید)؛ برای کمک ایالتی Medicaid درخواست داده و یک تصمیم کتبی معتبر را از ایالت دریافت کرده باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا ارائه درخواست برای جهت برنامه «من و نوزادم» (Me & My Baby) بیمارستان ییل نیو هون، با نمایندگان ما در «مرکز زنان» ملاقات کنید یا با شماره 203-688-5470 تماس بگیرید.

کلینیک بیماران سرپایی بیمارستان گرینویچ (Greenwich Hospital) (Outpatient Clinic)

«درمانگاه سرپایی بیمارستان گرینویچ» مراقبت رایگان یا با تخفیف را برای افرادی که جهت عضویت در این کلینیک درخواست می‌دهند و تأیید میشوند ارائه می‌کند. اگر بیمه ندارید، و واجد شرایط کمک ایالتی Medicaid نیستید، چنانچه ساکن گرینویچ بوده و درآمد خانوار شما کمتر یا مساوی 4 برابر خط فقر فدرال باشد، ممکن است واجد شرایط باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا تهیه درخواستنامه با شماره 203-863-3334 تماس بگیرید.

نکته‌ای درباره برنامه‌ها

جهت واجد شرایط بودن برای دریافت کمک مالی باید شهروند یا مقیم ایالات متحده آمریکا باشید. این برنامه‌ها مراقبت اورژانسی یا سایر مراقبت‌های پزشکی ضروری را پوشش می‌دهند. آنها فقط صورتحساب‌های بیمارستانی اعضای Yale New Haven را تحت پوشش قرار می‌دهند. لینک فهرست ارائه‌دهندگانی که چنین مراقبت‌هایی را ارائه می‌کنند و این‌که آیا سیاست کمک مالی (FAP) را رعایت می‌کنند یا خیر را می‌توان در FAP مشاهده کرد. به‌طور کلی از بیماران واجد شرایط برای دریافت کمک مالی مبلغی بیش از آنچه که بیماران دارای بیمه برای مراقبت‌های اورژانسی یا سایر مراقبت‌های پزشکی ضروری میپردازند، مطالبه نخواهد شد. Yale New Haven Health به هر درخواست به‌طور مکتوب پاسخ خواهد داد. اگر درخواست شما رد شود، می‌توانید در هر زمان دوباره درخواست بدهید. بودجه تحت رایگان هر سال افزایش می‌یابد. نسخه‌های ترجمه سیاست کمک مالی، خلاصه سیاست کمک مالی و درخواست آن برای گروه‌های خاصی که تسلط آنها به انگلیسی کم است در دسترس قرار دارد.

برای دریافت راهنمایی با 1-855-547-4584 تماس بگیرید.

خلاصه سیاست کمک مالی (Financial Assistance)

Yale New Haven Health می‌داند که برای برخی از بیماران پرداخت هزینه صورتحساب‌های پزشکی دشوار است. به همین دلیل است که انواع برنامه‌های کمک مالی را جهت کمک رساندن طراحی کرده‌ایم. بیماران به منظور تأیید نیاز مالی ملزم هستند یک درخواست کمک مالی را تکمیل و مدارک درخواستی را ارائه نمایند.

برای کسب اطلاعات بیشتر، رونوشت رایگان «سیاست کمک مالی» ما و درخواستنامه را تهیه کنید. برای دریافت راهنمایی در زمینه پر کردن درخواستنامه، با شماره 855-547-4584 با «خدمات مالی و پذیرش بیمار» تماس بگیرید یا به www.ynhhs.org/financialassistance مراجعه کنید. همچنین می‌توانید به دفترهای پذیرش ما به نشانی‌های زیر مراجعه کنید:

بیمارستان بریجپورت (Bridgeport) 267 Grant Street, Bridgeport, CT
بیمارستان گرینویچ (Greenwich) 5 Perryridge Road, Greenwich, CT
بیمارستان لورنس + موریل (Lawrence +) 365 Montauk Avenue, New London, CT (Memorial)
بیمارستان وسترلی (Westerly) 25 Wells Street, Westerly, RI
بیمارستان ییل نیو هون (Yale New Haven) 20 York Street, New Haven, CT.

مراقبت رایگان (Free care)

در موارد زیر ممکن است واجد شرایط مراقبت رایگان باشید:

- درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی با دو نیم برابر خط فقر فدرال باشد (حداکثر مقادیر درآمد در جدول زیر ذکر شده است)
- برای کمک ایالتی (Medicaid) درخواست داده باشید و موفق به دریافت تصمیم کتبی معتبر از ایالت در 6 ماه گذشته شده باشید؛ و
- درخواستنامه کمک مالی را تکمیل کنید

مراقبت مشمول تخفیف (Discounted care)

در موارد زیر ممکن است جهت مراقبت مشمول تخفیف واجد شرایط باشید:

- درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی با دو نیم برابر خط فقر فدرال باشد (حداکثر مقادیر درآمد در جدول زیر ذکر شده است)
- بیمه نشده باشید؛ و
- درخواستنامه کمک مالی را تکمیل کنید

حداکثر درآمد

| اندازه خانواده | مراقبت رایگان مشمول تخفیف | مراقبت مشمول تخفیف |
|----------------|---------------------------|--------------------|
| 1 | \$31,225 | \$68,695 |
| 2 | \$42,275 | \$93,005 |
| 3 | \$53,325 | \$117,315 |
| 4 | \$64,375 | \$141,625 |

*مراقبت رایگان: \$11,050 به ازای هر یک از اعضای خانواده مازاد بر این تعداد اضافه شود

مراقبت مشمول تخفیف: \$24,310 به ازای هر یک از اعضای خانواده مازاد بر این تعداد اضافه شود

از اسناد زیر می‌توان به‌عنوان مدرک درآمد استفاده کرد:

چگونه می‌توانم برای کمک مالی درخواست بدهم؟

برای آسان کردن این فرآیند برای بیماران، Yale New Haven Health یک درخواست‌نامه برای بیشتر برنامه‌های کمک مالی استفاده می‌کند. اگر بیمار بیمارستان بیل نیو هون هستید و می‌خواهید برای برنامه «من و نوزادم» (Me & My Baby) درخواست بدهید، با نمایندگان «مرکز زنان» ما با شماره 203-688-5470 تماس بگیرید. اگر بیمار بیمارستان گرینویچ هستید و می‌خواهید برای «درمانگاه سرپایی» درخواست بدهید، با شماره 203-863-3334 تماس بگیرید.

نکته: برای این‌که واجد شرایط درخواست‌های کمک مالی ما باشید باید صورتحساب‌های فعلی بیمارستان یا یک ملاقات برنامه‌ریزی شده در بیمارستان داشته باشید.

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

برنامه مراقبت مشمول تخفیف: مراحل 2، 3 و 4 را دنبال کنید.

مرحله 1: برای کمک پزشکی ایالتی درخواست بدهید.

برای اینکه واجد شرایط مراقبت رایگان باشید، باید برای کمک پزشکی Medicaid در ایالتی که در آن زندگی می‌کنید درخواست داده باشید و یک تصمیم کتبی معتبر را دریافت کرده باشید. اگر به دلیل عدم ارائه اطلاعات یا همکاری درخواست شما رد شده باشد، این درخواست «معتبر» تلقی نمی‌شود.

می‌توانید در دفتر «اداره خدمات اجتماعی» (DSS) محلی خود برای Medicaid درخواست بدهید. ساکنان CT برای یافتن نزدیکترین دفتر DSS می‌توانند با 1-800-842-1508 تماس بگیرند یا درخواست خود را به صورت آنلاین در www.accesshealthct.com (Rhode Island: 1-855-840-4774) برای پر کردن درخواست‌نامه می‌توانید از کارکنان Yale New Haven Health نیز کمک بگیرید. اگر نیاز به راهنمایی دارید، با شماره 1-855-547-4584 با ما تماس بگیرید.

هنگامی که یک تصمیم کتبی را از DSS دریافت کردید، می‌توانید برای مراقبت رایگان درخواست بدهید. ما نمی‌توانیم نامه‌های تصمیم که بیشتر از 6 ماه از تاریخ آنها گذشته باشد را قبول کنیم.

مرحله 2: درخواست‌نامه را پر کنید.

لطفاً به همه پرسش‌ها پاسخ بدهید و درخواست را تاریخ زده و امضا کنید. اگر سؤالی به خانوار شما مربوط نمی‌شود، عبارت "N/A" (نامرتبط) را در قسمت مرتبط بنویسید.

مرحله 3: مدرک درآمد را پیوست درخواست خود کنید. مدرک درآمد سندی است که نشان می‌دهد خانواده شما وقتی درخواست را پر می‌کنید چقدر درآمد داشته است. جدول سمت راست انواع مدارکی که ممکن است مورد استفاده قرار گیرد را نشان می‌دهد.

مرحله 4: درخواست‌نامه را پست کنید. اسناد زیر: (1) نامه تصمیم DSS درباره صلاحیت شما برای بهرمندی از «کمک ایالتی»؛ (2) درخواست‌نامه پر شده، امضا شده و تاریخ‌دار؛ و (3) مدرک درآمد، را به نشانی زیر بفرستید:

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

| | |
|--|---|
| <p>می‌توانید رونوشت این اسناد را به عنوان مدرک درآمد پیوست کنید: (تاریخ این اسناد نباید از شش ماه بیشتر باشد، بهجز جدیدترین اظهارنامه مالیات فدرال شما که می‌تواند قدیمی‌تر باشد.)</p> | <p>اگر محل درآمد خانواده شما عبارت است از ...</p> |
| <p>– دو (2) مورد از جدیدترین فیشهای حقوق، یا نامه‌ای از کارفرمای شما در سربرگ شرکت مبنی بر اینکه چند ساعت کار می‌کنید و در هر ساعت چقدر دریافت می‌کنید (قبل از کسر مالیات)</p> | <p>حقوق و دستمزد (اگر حقوق می‌گیرید یا به ازای ساعات کار خود درآمد دارید)</p> |
| <p>– جدیدترین اظهارنامه مالیات فدرال (باید آن را امضا کنید)</p> | <p>درآمد خوداشتغالی (اگر برای خودتان کار می‌کنید)</p> |
| <p>– جدیدترین نامه اعطای مزایا، یا اعلامیه مزایا، یا تکه‌ها</p> | <p>مزایا (سوشل سکيوریتی، صندوقهای کهنه‌سربازان، غرامت کارگران، بیکاری، بازنشستگی، بازنشستگی، SS، نفقه)</p> |
| <p>– رونوشت اجاره‌نامه یا قرارداد کتبی که مبلغ اجاره را نشان دهد، یا نامه‌ای نوشته شده توسط شما که مبلغ اجاره‌ای که در هر سال دریافت می‌کنید را نشان می‌دهد</p> | <p>درآمد اجاره</p> |
| <p>– جدیدترین اظهارنامه مالیات فدرال، یا صورتحساب مؤسسه مالی نشان‌دهنده مقدار و دفعات پرداخت و مقدار پرداخت شده امسال تا به امروز</p> | <p>بهره، سود سهام، یا پرداخت‌های سالیانه</p> |
| <p>– نامه‌ای از شخصی که از شما پشتیبانی می‌کند، یا اگر فردی را ندارید که از شما پشتیبانی کند، نامه‌ای دارای امضا و تاریخ ارائه کنید که وضعیت مالی فعلی شما را توضیح دهد</p> | <p>اگر هیچ درآمدی ندارید</p> |

Yale New Haven Health از یک درخواست‌نامه برای بیشتر برنامه‌های کمک مالی استفاده می‌کند. با پر کردن این درخواست‌نامه، برای برنامه مراقبت رایگان، مراقبت با تخفیف و بودجه بستری شدن ما در نظر گرفته خواهید شد. برای مشاهده دستورالعمل مربوط به نحوه درخواست کمک مالی، به صفحه 2 مراجعه کنید. اگر در مورد این درخواست سوالی دارید، با شماره 855-547-4584 تماس بگیرید.

1. اطلاعات بیمار:

| | | | |
|--------------|-------|------------|------------|
| نام خانوادگی | | نام | |
| نشانی خیابان | | تاریخ تولد | |
| شهر | ایالت | کدپستی | شماره تلفن |

اگر باردار هستید، موعد زایمان شما چه زمانی است؟ _____ شماره پرونده پزشکی (در صورت وجود)

وضعیت اقامت: شهروند ایالات متحده مقیم ایالات متحده دارای روادید (تحصیل، کار، گردشگر) غیرشهروند ایالات متحده

2. اطلاعات خانواده: مشخصات همسر و/یا فرزندان وابسته که در خانواده شما زندگی می‌کنند را ذکر کنید. شریک زندگی ازدواج نکرده را در نظر بگیرید. اگر فضای بیشتری لازم است، یک سند جداگانه ضمیمه کنید.

| نام اعضای خانواده | نسبت با درخواست‌کننده | تاریخ تولد |
|-------------------|-----------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3. اطلاعات درآمد:

باید اطلاعات مربوط به درآمد خودتان و همسرتان ارائه شود. همه منابع درآمد را ذکر کنید. منابع درآمد ممکن شامل این موارد است اما به آنها محدود نمی‌شود: دستمزد/حقوق، نفقه، سوشال سکيوریتی، بیمه بیکاری، درآمد اجاره، غرامت کارگران، و حمایت از کودکان. اگر هیچ درآمدی ندارید، نامه‌ای را در تأیید درخواست خود پیوست کنید. (دستورالعمل‌های صفحه 2 را ببینید)

| نام اعضای خانواده | منبع درآمد | مقدار به دست آمده قبل از کسر مالیات | بیکار / فاقد درآمد |
|-------------------|------------|--|--------------------------|
| | | \$ _____ هفتگی <input type="checkbox"/> دو-هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | \$ _____ هفتگی <input type="checkbox"/> دو-هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. بیمه درمانی:

آیا تحت پوشش بیمه درمانی، از جمله Medicare یا Medicaid یا پوشش از یک کشور خارجی هستید؟ بله خیر

اگر بله، لطفاً رونوشت پشت و روی کارت بیمه خود را به این درخواست ضمیمه کنید یا موارد زیر را وارد نمایید:

| | | |
|-------------------|----------|------------------|
| دارنده بیمه‌نامه: | بیمه‌گر: | شماره بیمه‌نامه: |
| دارنده بیمه‌نامه: | بیمه‌گر: | شماره بیمه‌نامه: |

5. قبل از امضا کردن با دقت بخوانید:

- من با امضای این فرم در زیر، گواهی می‌کنم که همه مواردی که در این درخواست اعلام کرده‌ام و هرگونه پیوست آن صحیح است.
- من درک می‌کنم که هرگونه اطلاعات نادرست، ناقص، یا غلط در این فرم می‌تواند به رد درخواست من برای کمک مالی منجر شود.
- من به Yale New Haven Health اجازه می‌دهم تا همه اطلاعات را بررسی کند.
- من به Yale New Haven Health اجازه می‌دهم تا گزارش اعتباری مرا درخواست کند.
- موافقت می‌کنم که اگر به ازای خدمات تحت پوشش این درخواست‌نامه هر مبلغی، از جمله غرامت ناشی از طرح دعوا، به من پرداخت شود، مبلغ کامل کمک مالی خود را بازپرداخت کنم.
- موافقت می‌کنم که هرگونه تغییری را که ممکن است واجد شرایط بودن من برای کمک مالی را تغییر دهد به Yale New Haven Health اطلاع دهم.
- درک می‌کنم که Yale New Haven Health ممکن است در ارتباط با درخواست من برای کمک مالی، ملزم به افشای اطلاعات حفاظت شده بهداشتی من (طبق تعریف این اصطلاح در قانون حریم خصوصی HIPAA، CFR 42 بخش‌های 160 از طریق 164) به منظور تعیین صلاحیت من، باشد.
- درک می‌کنم که افشای مذکور برای مقاصد پرداخت و طبق تعریف قانون حریم خصوصی HIPAA خواهد بود.

_____ تاریخ

_____ امضای شخص درخواست دهنده یا سرپرست قانونی

نام شخص درخواست‌کننده یا سرپرست قانونی با حروف بزرگ و غیرشکسته

به یاد داشته باشید که تصمیم معتبر مربوط به درخواست کمک Medicaid از ایالتی که در آن زندگی می‌کنید و مدرک درآمد یا نامه تأییدکننده درخواست خود را پیوست کنید.

درخواست‌نامه پر شده را به نشانی زیر پست کنید:

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