

## Sommario della policy in materia di assistenza finanziaria (*Summary of Financial Assistance Policy*)

Yale New Haven Health è consapevole del fatto che alcuni pazienti potrebbero avere difficoltà a pagare le spese mediche ed è per questo che offriamo una serie di programmi di assistenza finanziaria ideati per venire incontro a queste difficoltà. Per permettere a Yale New Haven Health di verificare il loro bisogno effettivo di assistenza finanziaria, i pazienti dovranno compilare la relativa domanda e fornire la documentazione richiesta.

Per ulteriori informazioni, richiedere una copia gratuita della nostra Policy in materia di assistenza finanziaria (Financial Assistance Policy) e del relativo modulo di richiesta, o per assistenza nella compilazione della domanda, contattare il Patient Financial and Admitting Services al numero 855-547-4584, andare al sito [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) o presentarsi di persona agli uffici Admitting presso le sedi seguenti: **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; oppure **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.

### Assistenza gratuita (Free care)

Lei potrebbe avere diritto all'assistenza gratuita se:

- la Sua famiglia ha un reddito inferiore o uguale a 2 volte e mezzo il Federal Poverty Level (gli importi massimi sono elencati nella tabella qui sotto)
- ha fatto richiesta di assistenza statale (Medicaid) e ha ricevuto un responso scritto valido dallo Stato negli ultimi 6 mesi; e
- compila una domanda di assistenza finanziaria

### Assistenza a tariffe scontate (Discounted care)

Lei potrebbe avere diritto all'assistenza a tariffe scontate se:

- la Sua famiglia ha un reddito inferiore o uguale a 5 volte e mezzo il Federal Poverty Level (gli ammontari massimi sono elencati nella tabella qui sotto)
- non è assicurato/a; e
- compila una domanda di assistenza finanziaria

#### Reddito massimo

Personale nucleo familiare	Free care	Discounted care
1	\$31.225	\$68.695
2	\$42.275	\$93.005
3	\$53.325	\$117.315
4	\$64.375	\$141.625

\*Free care: aggiungere **\$11.050** per ciascun componente aggiuntivo del nucleo familiare

\*Discounted care: aggiungere **\$24.310** per ciascun componente aggiuntivo del nucleo familiare

### Fondi vincolati per servizi ospedalieri (*Restricted bed funds*)

Lei potrebbe avere diritto a ricevere fondi vincolati per servizi ospedalieri, cioè fondi che sono stati donati per offrire assistenza gratuita o a tariffe scontate a quanti soddisfano criteri specifici, al fine di ridurre o eliminare le sue spese se Lei dimostra di necessitare di assistenza finanziaria, come determinato da un designatore del fondo, e se Lei soddisfa tutti i criteri di idoneità a ricevere i fondi (ciascun fondo ha criteri unici). Non vi sono limiti specifici di reddito per ricevere i fondi vincolati per servizi ospedalieri.

L'idoneità viene determinata caso per caso dai designatori del fondo sulla base delle necessità finanziarie. Tutti i pazienti che compilano la domanda di assistenza finanziaria YNHHS verranno automaticamente presi in considerazione per ricevere questi fondi vincolati per servizi ospedalieri.

### Programma "Io e il mio bebè" di Yale New Haven Hospital (*Yale New Haven Hospital "Me & My Baby" Program*)

Questo programma è riservato alle pazienti di Yale New Haven Hospital e offre gratuitamente alle pazienti che ne hanno diritto assistenza prenatale, servizi per il travaglio e il parto e alcuni tipi di assistenza post-parto. Lei potrebbe rientrare in questo programma se risiede nella New Haven County; non ha alcun tipo di assicurazione sanitaria; la Sua famiglia ha un reddito inferiore o pari a 2 volte e mezzo il Federal Poverty Level (si veda la tabella Reddito massimo); Lei fa richiesta di assistenza statale (Medicaid) e riceve un responso scritto valido. Per ulteriori informazioni o per richiedere un modulo di richiesta per lo Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program, si rivolga ai nostri rappresentanti presso il Women's Center oppure chiami il numero **203-688-5470**.

### Ambulatorio del Greenwich Hospital (*Greenwich Hospital Outpatient Clinic*)

La Greenwich Hospital Outpatient Clinic offre assistenza gratuita o a tariffe scontate a coloro che richiedono l'iscrizione alla clinica e la loro richiesta viene accolta. Se Lei non è assicurato/a e non ha diritto a ricevere l'assistenza statale (Medicaid), potrebbe essere idoneo/a a partecipare a questo programma se è residente della città di Greenwich e il Suo reddito familiare è inferiore o pari a 4 volte il Federal Poverty Level. Per ulteriori informazioni o per ottenere un modulo di richiesta, chiami il numero **203-863-3334**.

### Note sui programmi

Per poter accedere all'assistenza finanziaria Lei deve essere cittadino o residente degli Stati Uniti d'America. Questi programmi coprono cure urgenti e altre cure mediche necessarie ed **ESCLUSIVAMENTE** le spese per la salute presso Yale New Haven Health. Un link all'elenco degli operatori sanitari che forniscono tali cure e se seguono o meno il FAP è incluso nel FAP. I pazienti che hanno i requisiti necessari per ricevere assistenza finanziaria non riceveranno parcelle superiori all'ammontare generalmente applicato ai pazienti con assicurazione sanitaria, per le cure di urgenza o altre cure mediche necessarie. Yale New Haven Health risponderà per iscritto a ciascuna domanda. Se la Sua domanda viene respinta, può ripresentarla in qualsiasi momento, poiché ogni anno si liberano nuovi fondi per servizi ospedalieri. Esistono traduzioni in svariate lingue della nostra Policy in materia di assistenza finanziaria (Financial Assistance Policy), Sommario della policy in materia di assistenza finanziaria (Summary of Financial Assistance Policy) e del modulo di richiesta (Application), per agevolare i pazienti con conoscenza limitata della lingua inglese.

Per assistenza chiami il numero 1-855-547-4584.

## Come posso fare domanda di assistenza finanziaria? (How do I apply for financial assistance?)

Per semplificare l'iter per i pazienti, la Yale New Haven Health utilizza un modello unico di richiesta per i principali programmi di assistenza finanziaria. Se Lei è una paziente dello Yale New Haven Hospital e desidera fare domanda per il Me & My Baby Program, si rivolga ai rappresentanti del Women's Center al numero 203-688-5470. Se Lei è un/a paziente del Greenwich Hospital e desidera fare domanda per la Outpatient Clinic, chiami il numero 203-863-3334.

**Nota:** per poter partecipare ai nostri programmi di assistenza finanziaria, Lei deve presentare le fatture in sospeso o aver già fissato un appuntamento.

**Programma di assistenza gratuita:** segua i procedimenti indicati ai punti 1, 2, 3 e 4.

**Programma di assistenza a tariffe scontate:** segua i procedimenti indicati ai punti 2, 3 e 4.

### 1: compili la domanda di assistenza medica statale.

Per essere idoneo/a a partecipare al programma Free Care, Lei DEVE inoltrare richiesta di assistenza medica (Medicaid) nel Suo Stato di residenza e ricevere una decisione scritta valida sulla Sua domanda. Un rifiuto non è considerato "valido" se è stato emesso perché Lei non ha fornito informazioni o seguito la prassi richiesta.

Lei può richiedere l'assistenza Medicaid presso l'ufficio del Department of Social Services (DSS) più vicino. I residenti dello Stato del Connecticut possono chiamare l'1-800-842-1508 per conoscere dove si trova l'ufficio DSS più vicino oppure possono fare domanda online andando al sito Web [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com). I residenti dello Stato del Rhode Island possono chiamare l'1-855-840-4774. L'ospedale mette anche a disposizione personale in grado di assistere nella compilazione del modulo. Se Lei ha bisogno di assistenza, chiami il numero 1-855-547-4584.

Quando Lei riceve una decisione scritta da DSS, può presentare domanda per il programma Free Care. Tenga presente che non possiamo accettare decisioni con data antecedente agli ultimi 6 mesi.

### 2: compili il modulo di domanda.

Risponda a TUTTE le domande, quindi apponga la Sua firma e la data. Se una domanda non è pertinente alla Sua famiglia, scriva "N/A" (non applicabile) nell'apposito spazio.

### 3: alleggi i documenti che comprovano il Suo reddito.

Tali documenti indicano il reddito della Sua famiglia al momento della compilazione della domanda. La tabella che segue specifica i tipi di documenti che Lei può allegare.

### 4: spedisca la domanda.

Nella Sua domanda deve includere: 1) la lettera del DSS con la decisione sulla Sua idoneità a ricevere l'assistenza statale; 2) la domanda debitamente compilata, firmata e datata; e 3) i documenti comprovanti il Suo reddito. Spedisca il tutto a:

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

## Documenti che si possono utilizzare a comprova del reddito:

<b>Se il reddito familiare deriva da...</b>	<b>Può allegare copia dei seguenti documenti a comprova del Suo reddito:</b> questi documenti non devono risalire a più di sei mesi, ad eccezione della dichiarazione dei redditi federale (Federal Tax Return), che può avere una data antecedente a 6 mesi.
<b>Retribuzioni</b> (se Le viene corrisposto un salario o viene pagato/a all'ora per il lavoro che svolge)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Due (2) delle buste paga più recenti, <b>OPPURE</b></li> <li>– Una lettera del datore di lavoro, redatta su carta intestata dell'azienda, che indichi quante ore Lei lavora e quanto guadagna all'ora (importo lordo)</li> </ul>
<b>Reddito da lavoro indipendente</b> (se Lei è un lavoratore autonomo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La più recente Dichiarazione dei redditi federale (Federal Income Tax Return) che contenga la Sua firma</li> </ul>
<b>Benefit</b> (previdenza sociale, indennità per ex militari, per infortunio, di disoccupazione, pensioni, fondi pensionistici, SSI, alimenti)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lettera più recente di conferma dell'assegnazione dei benefit, <b>OPPURE</b></li> <li>– Ricevuta indicante l'importo dei benefit, <b>OPPURE</b></li> <li>– Matrici degli assegni</li> </ul>
<b>Reddito da locazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Copia del contratto di locazione o accordo scritto indicante l'ammontare dell'affitto, <b>OPPURE</b></li> <li>– Una lettera scritta da Lei che indichi l'ammontare dell'affitto che riceve all'anno</li> </ul>
<b>Interessi, dividendi o rendite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dichiarazione dei redditi federale più recente, <b>OPPURE</b></li> <li>– Dichiarazione dell'istituto finanziario che indichi l'ammontare e la frequenza dei pagamenti e l'ammontare corrisposto dall'inizio dell'anno fino a oggi</li> </ul>
<b>Se Lei non ha alcun reddito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Una lettera della persona che si occupa del Suo mantenimento, <b>OPPURE</b></li> <li>– Se nessuno si occupa del Suo mantenimento, invii una lettera firmata e datata in cui spiega la Sua situazione finanziaria corrente</li> </ul>

## Domanda di partecipazione ai programmi di assistenza finanziaria (Application for Financial Assistance Programs)



Lo Yale New Haven Health utilizza un modello per la maggioranza dei programmi di assistenza finanziaria. Compilando questa domanda Lei sarà preso/a in considerazione per i nostri programmi Free Care, Discounted Care e Bed Fund.

Per istruzioni su come presentare domanda di assistenza finanziaria, si veda alla pagina 2. Per qualsiasi domanda su questo modulo, chiamare il numero 855-547-4584.

### 1. Dati del paziente:

_____		_____
Cognome	Nome	Numero di previdenza sociale (Social Security Number)
_____		_____
Indirizzo		Data di nascita
_____		_____
Città	Stato	C.a.p.
_____		Numero di telefono
Se Lei è in gravidanza, qual è la data prevista del parto? _____		Numero di cartella clinica (se disponibile)
Stato di residente: <input type="checkbox"/> Cittadino USA <input type="checkbox"/> Residente USA <input type="checkbox"/> Visto (per studente, lavoro, turista) <input type="checkbox"/> Non cittadino USA		

### 2. Informazioni sul nucleo familiare:

elencare il coniuge e/o eventuali figli a carico parte del nucleo familiare. Non includere i conviventi. Se lo spazio a disposizione non è sufficiente, allegare un foglio a parte.

Nome del familiare	Rapporto con la persona che presenta la domanda	Data di nascita

### 3. Informazioni sul reddito:

**Fornire informazioni relative alla persona che presenta la domanda e al coniuge.** Includere tutte le fonti di reddito, che possono comprendere, non in via limitativa, retribuzioni/salario, alimenti, previdenza sociale, assegno di disoccupazione, reddito da locazione, indennizzo per infortunio e assegni di mantenimento dei figli. Se Lei non ha alcuna fonte di reddito, allegli alla Sua domanda una lettera che chiarisca chi si occupa del Suo mantenimento. (Veda le istruzioni a pagina 2)

Nome del familiare	Fonte di reddito	Ammontare lordo	Disoccupato /Nessuna fonte di reddito
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Quindicinale <input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/>

#### 4. Assicurazione sanitaria:

È coperto/a da una polizza di assicurazione sanitaria, incluse Medicare o Medicaid o copertura da un Paese straniero?

Sì  NO

Se la Sua risposta è Sì, allegli alla Sua domanda una copia di fronte e retro del tesserino assicurativo OPPURE immetta le seguenti informazioni:

<b>Titolare della polizza:</b>	<b>Compagnia assicuratrice:</b>	<b>N. polizza:</b>
<b>Titolare della polizza:</b>	<b>Compagnia assicuratrice:</b>	<b>N. polizza:</b>

#### 5. Leggere attentamente prima di firmare:

Apponendo la mia firma, confermo la veridicità di tutto ciò che ho indicato su questo modulo e su eventuali allegati.

- Mi rendo conto che eventuali informazioni errate, incomplete o false riportate nel presente modulo possono far sì che la mia domanda di assistenza finanziaria venga respinta.
- Autorizzo Yale New Haven Health a verificare tutte le informazioni da me fornite.
- Autorizzo Yale New Haven Health a richiedere il mio rapporto di credito.
- Mi impegno a ripagare l'intero ammontare dell'assistenza finanziaria concessami se dovessi ricevere pagamenti di qualsiasi tipo, inclusi compensi derivati da un'azione legale, per i servizi coperti da questa domanda.
- Mi impegno a informare Yale New Haven Health di eventuali cambiamenti che potrebbero pregiudicare la mia idoneità a ricevere assistenza finanziaria.
- Mi rendo conto che, in relazione alla mia richiesta di assistenza finanziaria, Yale New Haven Health potrebbe dover divulgare le informazioni sanitarie protette (Protected Health Information) (nella definizione del termine riportata nella HIPAA Privacy Rule, 42 CFR Parti da 160 a 164) che mi riguardano, volte a determinare il mio diritto a ricevere detta assistenza.
- Prendo atto che l'eventuale divulgazione di tali informazioni sarà per fini di pagamento, nella definizione riportata nella HIPAA Privacy Rule.

\_\_\_\_\_

Firma della persona che presenta la domanda o del suo tutore legale

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Nome a stampatello della persona che presenta la domanda o del suo tutore legale

**Ricordarsi di allegare alla Sua domanda di assistenza finanziaria una decisione scritta valida relativa alla Sua richiesta di Medicaid Assistance (Medicaid) e i documenti di comprova del reddito oppure una lettera che attesta il Suo mantenimento.**

**Spedisca la domanda compilata a:**

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