

## د مالي مرستې پالیسي لنډیز

### Summary of Financial Assistance Policy

Yale New Haven Health پوهیږي چې د ځینې ناروغانو لپاره د هغوی د طبي بیلونو تادیه کول ستونزمن کیدی شي. د همدې لپاره مور د کومک په موخه د مالي مرستې بیلایل برنامې لرو. ناروغان ار دي چې د مالي مرستې غوښتنلیک بشپړ او د مالي اړتیا تایید کولو لپاره غوښتل شوي اسناد وړاندې کړي.

پدې اړه نورو معلوماتو لپاره، زموږ د مالي مرستې پالیسي او غوښتنلیک یوه وړیا کاپي ترلاسه کړئ، یا د غوښتنلیک ډکولو لپاره په 855-547-4584 د Patient Financial and Admitting Services سره اړیکه ونیسئ، [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) ته لارښی یا پدې اندر زموږ د Admitting دفترنو څخه لینډه وکړئ: **Bridgeport Hospital 267**، **Greenwich Hospital**، **Grant Street**، **Bridgeport, CT**، **Lawrence + Memorial**، **CT**، **Greenwich**، **Perryrde Road**، **Hospital 365 Montauk Avenue**، **New London, CT**، **Westerly Hospital 25 Wells Street**، **Westerly, RI**، یا **Yale New Haven Hospital 20 York Street**، **New Haven, CT**.

### وریا درملنه (Free care)

تاسې ممکن د وریا پاملرنې مستحق اوسئ که:

- ستاسې کورنی د فدرال د فقر سطحې (د عاید اعظمي مقدارونه په لاندې جدول کې لست شوي دي) 2½ څخه کم یا دې سره مساوي عاید ولري
- تاسې د State Assistance (Medicaid) لپاره غوښتنه وکړئ او پهنیرو 6 میاشتو کې مو د دولت څخه لیکلې پریکړه ترلاسه کړې وي؛ او
- تاسې د مالي مرستې غوښتنلیک بشپړ کړئ

### تخفیف لرونکې درملنه (Discounted care)

تاسې ممکن د تخفیف لرونکې پاملرنې لپاره مستحق اوسئ که تاسې:

- ستاسې کورنی د فدرال د فقر کرښې (د اعظمي عاید مقدارونه پورتنی جدول کې راوړل شوي دي) د 5/12 سره مساوي یا لاندې کم عاید ولري
- بیمه نه یاست؛ او
- د مالي مرستې لپاره مو غوښتنلیک بشپړ کړی وي

د کورنی اندازه	وریا درملنه اعظمي عاید	تخفیف لرونکې درملنه
1	\$31,225	\$68,695
2	\$42,275	\$93,005
3	\$53,325	\$117,315
4	\$64,375	\$141,625

\*وریا درملنه: د کورنی هر اضافي غړي لپاره \$11,050 اضافه کړئ.  
\*تخفیف لرونکې درملنه: د کورنی هر غړي لپاره \$24,310 اضافه کړئ.

### د بستر محدود مالي مرسته (Restricted bed funds)

تاسې ممکن د محدود بید فنډونو تر لاسه کولو مستحق اوسئ، هغه فنډونه چې هغه افرادو ته وریا یا تخفیف لرونکې پاملرنې لپاره اعانه شوي څوک چې یې معیار پوره کوي، ترڅو ستاسې طبي فیس کم یا له مینځه یوړل شي که چېرې تاسې ښکاره مالي اړتیا ولرئ لکه څنگه چې د فنډ نوماند کونکي لخوا مشخص شوي؛ او تاسې د فنډ تر لاسه کولو لپاره ټول شرایط پوره کړئ (هر فنډ ځانګړی معیار لري). د محدود بید فنډونو تر لاسه کولو لپاره د عاید کوم ځانګړي حدونه شتون نلري. شرایط د مالي سختوالي په پام کې نیولو سره د فنډ نوماند کونکي لخوا هرې دوسیې ته په بیلایل ټول ټاکل کېږي. ټول هغه ناروغان چې (YNHHS) د مالي مرستې غوښتنلیک ډکوي به په اتومات ډول د محدود بید فنډونو لپاره ملاحظه شي.

### د Yale New Haven Hospital د "زما او زما ماشوم" برنامه (Yale New Haven Hospital "Me & My Baby" Program)

دا برنامه د Yale New Haven Hospital ناروغانو لپاره د پلي کېدو وړ ده. دا د حمل دوران پاملرنه او زوکړې خدمات وړاندې کوي، او د هغوی لپاره د زیږون وروسته ځینې وریا پاملرنه وړاندې کوي چې شرایط پوره کړي. تاسې ممکن مستحق اوسئ که چېرې په New Haven County کې اوسېږئ؛ هیڅ ډول روغتیایي بیمه نلري؛ ستاسې کورنی د فدرال د فقر سطحې (د اعظمي عاید پورتنی چارټ وګورئ) 2½ څخه کم دی سره مساوي عاید لري؛ تاسې د State Assistance (Medicaid) لپاره غوښتنه کړې وي او د دولت څخه مو لیکلې پریکړه ترلاسه کړې وي. د نورو معلوماتو لپاره یا د Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program لپاره د غوښتنلیک غوښتنلو په موخه، د Women's Center کې زموږ استازي سره وپنیئ یا 203-688-5470 ته تلیفون وکړئ.

### د ګرینویچ روغتون د غیربستر ناروغانو کلینیک

#### (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

د Greenwich Hospital Outpatient Clinic کلینیک هغه افرادو ته وریا یا تخفیف لرونکې پاملرنه وړاندې کوي څوک چې د کلینیک غړیتوب غوښتنه وکړي او قبول شي. که تاسې بیمه نلري، او د State Assistance (Medicaid) مستحق نه اوسئ، نو تاسې ممکن مستحق اوسئ که چېرې د Greenwich اوسیدونکي اوسئ او د کورنی عاید مو د فدرال د فقر سطحې څخه 4 چنده ټیټ یا دې سره مساوي وي. د نورو معلوماتو لپاره یا د غوښتنلیک تر لاسه کولو لپاره 203-863-3334 سره اړیکه ونیسئ.

### د برنامه په اړه یادداشت

#### (A note about the programs)

د دې لپاره چې د مالي مرستې مستحق اوسئ تاسې باید د متحده ایالاتو اوسیدونکی یا تبعه اوسئ. دا برنامې عاجل یا نور طبي لازمي پاملرنې ترپوښتن لاندې راولي. دا یوازې د Yale New Haven Health bills غړي روغتون بیلونه د پوښتن لاندې راولي. د دا ډول پاملرنې چمتو کونکو لیست ته یو لینک او دا چې آیا دوی FAP تعقیبوي یا نه په FAP کې موندلی شي. د مالي مرستې لپاره مستحق ناروغانو باندې به د عاجل یا نورو طبي لازمي پاملرنې لپاره بیمه لرونکي ناروغانو څخه عموماً ډیر لګښت نه راځي. Yale New Haven Health به ټولو غوښتنلیکونو ته په لیکلې بڼه ځواب ورکړي. که ستاسې غوښتنه رد شي، تاسې کولی شئ هروخت بیاغوښتنه وکړئ. د بید وریا اضافي فنډونه هرکله رامینځته کېږي. زموږ د Financial Assistance Policy، Summary of Financial Assistance Policy، او Application ژباړې د هغه خلکو لپاره شتون لري چې په انګلسي ژبه سم نه پوهیږي.

مهرباني وکړئ د مرستې لپاره 1-855-547-4584 ته زنگ ووهئ.

لاندي اسناد د عايد ثبوت لپاره کارول کيږي:

زه څنگه کولی شم د مالي مرستې لپاره غوښتنه وکړم؟  
(How do I apply for financial assistance?)

د ناروغانو لپاره د پروسی اسانولو په موخه، Yale New Haven Health د ډیری مالي مرستې برنامو لپاره یو غوښتنلیک فارم کاروي. که تاسې د Yale New Haven Hospital ناروغ یاست او غواړئ د Me & My Baby Program غوښتنه وکړئ، مهرباني وکړئ په 203-688-5470 زموږ د Women's Center استازو سره اړیکه ونیسئ. که تاسې د Greenwich Hospital ناروغ یاست او غواړئ د غیربستري کلینیک لپاره غوښتنه وکړئ نو مهرباني وکړئ په 203-863-3334 اړیکه ونیسئ.

یادداشت: تاسې باید د اوسني بیلونه ولرئ یا مهالویش شوی د ملاقات وخت ترڅو زموږ د مالي مرستې برنامو مستحق شئ.

**د وړیا پاملرنې برنامه:** د 1، 2، 3 او 4 مرحلې تعقیب کړئ.

**د تخفیف لرونکي پاملرنې برنامه:** د 2، 3 او 4 مرحلې تعقیب کړئ.

**مرحله 1: د آیالت طبي مرستې لپاره غوښتنه کول.**

د وړیا پاملرنې شرایطو پوره کولو لپاره تاسې باید په هغه آیالت کې چې ژوند کوئ د Medical Assistance (Medicaid) غوښتنه وکړئ او د خپل غوښتنلیک په اړه معتبر، لیکلې پریکړه ترلاسه کړئ. د د خواب "اعتبار" نلري که چیرې د دې له امله تکثیر شوی وي چې تاسې معلومات یا همکاري نده وړاندې کړي.

تاسې کولی شئ د Medicaid لپاره د Department of Social Services (DSS) ستاسې ځایي دفتر کې غوښتنه وکړئ. د CT اوسیدونکي کولی شئ تاسې ته د DSS نږدې دفتر موندلو لپاره 1-800-842-1508 ته زنګ ووهي یا آنلاین په [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com) غوښتنه وکړئ. (رود تاپو: 1-855-840-4774) بیل نیو هیلت هم کارمندان لري چې د غوښتنلیک ډکولو کې تاسې سره مرسته کولی شئ. که پدې برخه کې مرستې ته اړتیا لرئ، مور ته په 1-855-547-4584 تلیفون وکړئ.

کله چې تاسې د DSS څخه لیکلې پریکړه ترلاسه کړئ، تاسې کولی شئ د وړیا پاملرنې غوښتنه وکړئ. مور د پریکړې هغه لیکونه نه قبلوو چې د 6 میاشتو څخه ډیره موده ورباندې تیره شوي وي.

**مرحله 2: د غوښتنلیک ډکول.**

مهرباني وکړئ ټولې پوښتنې خواب وکړئ او غوښتنلیک باندې نیټه ولیکئ او لاسلیک یې کړئ. که کومه پوښتنه ستاسې کورنۍ پورې تړاو نلري، نو مهرباني وکړئ مخې ته موجود ځای کې یې "N/A" (نه پلي کيږي) ولیکئ.

**مرحله 3: خپل غوښتنلیک سره د عايد ثبوت ضمیمه کړئ.** د عايد ثبوت داسې یو سند دی چې ښيي ستاسې کورنۍ په هغه وخت کې څومره عايد لري کله چې تاسې غوښتنلیک بشپړ کړی دی. پدې اړه د کار وړ اسنادو ډولونو لپاره د ښيي اړخ جدول وگورئ.

**مرحله 4: خپل غوښتنلیک لاندي آدرس ته ولېږئ.** دا شیان ورسره شامل کړئ:

- د آیالت مرستې لپاره ستاسې د شرایطو پوره کولو په اړه د DSS څخه د پریکړې لیک؛ (2) مکمل شوی، نیټه لرونکی او لاسلیک شوی غوښتنلیک؛ او (3) د عايد ثبوت:

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

<p><b>تاسې کولی شئ د عايد ثبوت په توگه د دې اسنادو کاپیایي ضمیمه کړئ:</b> (دا اسناد باید د شپږ میاشتو څخه ډیر پخواني نه وي، په استثنا د ستاسې فدرال مالیه سنډینو لپاره چې دا ممکن زاره وي.)</p>	<p><b>که ستاسې د کورنۍ عايد د ... څخه وي</b></p>
<p>د تادیه تر ټولو وروستي (2) رسیدونه، یا د شرکت تاپه لرونکي پانه باندې د کارگومارونکي لخوا لیک چې پکې ویل شوي وي چې تاسې څو ساعتونه کار کوئ او په ساعت کې څومره عايد لرئ (د مالیه څخه دمخه)</p>	<p><b>مزد</b> (که تاسې معاش تر لاسه کوئ یا د کومي دندې لپاره ساعت وار تادیه درته کيږي)</p>
<p>د فدرال مالیه سنډینو تر ټولو وروستي سند (باید ستاسې لخوا لاسلیک شوی وي)</p>	<p><b>د خان لپاره کارمند عايد</b> (که تاسې د خان لپاره کار کوئ)</p>
<p>د گټو د تر لاسه کولو تر ټولو وروستي لیک، یا د گټو اظهارنامه، یا د چیک رسیدونه</p>	<p><b>گټي</b> (ټولنیز امنیت، ویترن، د کارگر جبران، ورگاري، تقاعد، د تقاعد فنډ، SSI، نفقه)</p>
<p>د اجارې کاپي یا لیکلې ترون چې د کرایه مقدار ښيي، یا ستاسې لخوا لیکل شوی لیک، چې هغه مقدار په گوته کوي چې تاسې یې په کال کې د کرایه لپاره تر لاسه کوئ</p>	<p><b>د کرایه عايد</b></p>
<p>د فدرال د عايد مالیه بیرته سنډینو تر ټولو وروستي سند، یا د مالي نهاد لخوا اظهارنامه چې د تادیاتو مقدار او تکرار په گوته کوي او په ورته وخت کې تر نن نیټې پورې پدې کال کې تادیه شوی مقدار ښيي</p>	<p><b>د سود، اسهام، قسط تادیات</b></p>
<p>د هغه شخص لخوا یو لیک چې ستاسې ملاتړ کوي، یا که تاسې داسې شخص نلرئ چې ستاسې ملاتړ کوي، نو یو نیټه لرونکی او لاسلیک شوی لیک راولېږئ چې ستاسې اوسنی مالي وضعیت پکې تشریح شوی وي</p>	<p><b>که تاسې هیڅ عايد نلرئ</b></p>

د ډیری مالي مرستي برنامو لپاره Yale New Haven Health یو غوښتنلیک کاروي. د دې غوښتنلیک په بشپړولو سره به تاسې زموږ د وړیا پاملرنې، د تخفیف لرونکي پاملرنې، او د بېدې فنډ برنامو لپاره په پام کې ونیول شئ. د مالي مرستي لپاره غوښتنې څرنګوالي په اړه لارښوونو لپاره، مهرباني وکړئ پاڼه 2 ته مراجعه وکړئ. که د دې غوښتنلیک په اړه کومې پوښتنې لرئ، نو مهرباني وکړئ 855-547-4584 ته تلیفون وکړئ.

1. د ناروغ معلومات:

د تونیز امنیت لمبر	نوم	تخلص
د زیږون نیټه	آیالت	د سرک آدرس
د تلیفون شمېره	زیږ کود	ښار

د طبي ریکارډ لمبر (که د اجرا وړ وي)

که تاسې حامله یاست نو د زوکړې نیټه؟ \_\_\_\_\_

د اوسیدونکي حیثیت:  د متحده ایالاتو اتباع  د متحده ایالاتو اوسیدونکی  ویزه (زده کونکی، کار، لیدونکی)  د غیر متحده ایالاتو اوسیدونکی

2. د کورني معلومات: خپل همسر او/یا کوم وابسته ماشومان لاندې لیست کړئ چې ستاسې کورنۍ کې ژوند کوي. غیر واده شوي ملګري پکې مه لیکئ. که نور ځای ته اړتیا وي، نو مهرباني وکړئ یوه بله پاڼه یا سند ورپسې ضمیمه کړئ.

د زیږون نیټه	غوښتونکي سره اړیکه	د کورنۍ د غړي نوم

3. د عاید معلومات:

ستاسې او ستاسې د همسر لپاره د عاید معلومات باید وړاندې شي. د عاید ټولې سرچینې شامل کړئ. د عاید سرچینو کې ممکن دا موارد شامل وي مګر دې پورې محدود ندي: مزد/معاش، نفقه، ټولنیز امنیت، وزګاري، د کرایه عاید، د کارګر جبران، او د ماشوم ملاتړ. که تاسې هېڅ عاید نلرئ، نو خپل غوښتنلیک ته د ملاتړ یو لیک ضمیمه کړئ. (په مخ 2 کې موجود لارښوونې وګورئ)

د کورنۍ د غړي نوم	د عاید سرچینه	د مالیه څخه دمخه ترلاسه شوی مقدار	وزګار/عاید نه درلودل
		\$ _____ اونۍ <input type="checkbox"/> دوه اونۍ <input type="checkbox"/> میاشت	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		\$ _____ اونۍ <input type="checkbox"/> دوه اونۍ <input type="checkbox"/> میاشت	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### 4. د روغتیا بیمه:

آیا تاسې د روغتیا بیمې کومې پالیسي لاندې پوښل شوي باسټ، پشمول د Medicare یا Medicaid یا کوم بهرني هیواد لخوا پوښل شوي؟  
هو  نه   
که هو، نو مهرباني وکړئ دې غوښتنلیک سره ستاسې د بیمې کارت د مخې او شا یوه کاپي ضمیمه کړئ یا لاندې موارد ولیکئ:

د پالیسي لرونکی:	بیمه کونکی:	د پالیسي لمبر:
د پالیسي لرونکی:	بیمه کونکی:	د پالیسي لمبر:

#### 5. مهرباني وکړئ د لاسلیک کولو څخه مخکې یې په دقت سره لولئ:

- لاندې لاسلیک کولو سره، زه تصدیق کووم چې پدې غوښتنلیک کې او په هرډول ضمیمه کې چې ما څه هم په گوته کړي ټول صحیح دي.
- زه پوهیږم چې پدې فارم کې هرډول ناسم، ناکمیل یا غلط معلومات د مالي مرستې لپاره زما د غوښتنلیک د ردیدو پایله درلودلای شي.
- زه Yale New Haven Health ته اجازه ورکووم چې زما هرډول او ټول معلومات تایید کړي.
- زه Yale New Haven Health ته اجازه ورکووم چې زما د کرډیټ راپور و غواړي.
- زه موافق یم چې د مالي مرستې مکمل مقدار بیرته تادیه کړم که چېرې زه کوم ډول تادیات تر لاسه کړم، پشمول د دعوی څخه جایزو، د دې غوښتنلیک لخوا پوښل شوي خدماتو لپاره.
- زه موافق یم چې د مالي مرستې لپاره زما شرایطو کې د هرډول بدلون څخه Yale New Haven Health خبر کړم.
- زه پوهیږم چې د مالي مرستې لپاره زما غوښتنلیک په تړاو Yale New Haven Health زما په اړه د شرایطو مشخص کولو لپاره د روغتیا محافظت شوي معلومات د نورو سره شریک کړي (لکه څنګه چې دا شرط په HIPAA د محرمانیت مقررات، 42 CFR برخې 160 څخه تر 164 کې تعریف شوی دی).
- زه پوهیږم چې دا ډول افشا کول به د تادیاتو موخې لپاره وي، لکه څنګه چې د HIPAA د محرمانیت مقرراتو کې تعریف شوي.

د غوښتنه کونکي شخص یا قانوني سرپرست لاسلیک

نېټه

د غوښتنه کونکي شخص یا قانوني سرپرست چاپي نوم

په یاد ولرئ ستاسې د Medicaid غوښتنلیک لیکلې معتبر پریکړه او د عاید ثبوت یا ستاسې د مالي مرستې غوښتنلیک ته د ملاتړ یو لیک ضمیمه کړئ.

بشپړ شوی غوښتنلیک دې آدرس ته ولیږئ:

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