

Краткое изложение порядка предоставления финансовой помощи

Администрация организации здравоохранения Yale New Haven Health понимает, что некоторые пациенты могут испытывать трудности при оплате больничных счетов. Поэтому мы предлагаем программы финансовой поддержки для этих пациентов. Пациенту необходимо заполнить бланк заявления на предоставление финансовой помощи и приложить документы, подтверждающие потребность в финансовой поддержке.

Для получения дополнительной информации, бесплатной копии документа, в котором изложен порядок предоставления нами финансовой помощи [Financial Assistance Policy, FAP], бланка заявления на её предоставление, а также помощи в заполнении бланка заявления свяжитесь с отделом по оказанию финансовой поддержки пациентам, нуждающимся в госпитализации [Patient Financial and Admitting Services] по телефону 855-547-4584, посетите веб-сайт www.ynhhs.org/financialassistance или обратитесь в приемное отделение по адресу: больница **Bridgeport Hospital**, 267 Grant Street, Bridgeport, CT; больница **Greenwich Hospital**, 5 Perryridge Road, Greenwich, CT; больница **Lawrence + Memorial Hospital** 365 Montauk Avenue, New London, CT; больница **Westerly Hospital** 25 Wells Street, Westerly, RI; или больница **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.

Бесплатное медицинское обслуживание

Вы можете иметь право на бесплатное медицинское обслуживание, если:

- Доход вашей семьи меньше или равен сумме общегосударственного прожиточного минимума, умноженной на 2½ (максимальные суммы доходов указаны в таблице ниже)
- Вы подаете заявление на предоставление помощи со стороны штата (в рамках программы Medicaid) и получаете действительное в течение 6 месяцев письменное решение от соответствующего органа штата; а также
- Вы заполняете бланк заявления на предоставление финансовой помощи

Медицинское обслуживание по сниженным ценам

Вы можете иметь право на медицинское обслуживание по сниженным ценам, если:

- Доход вашей семьи меньше или равен сумме общегосударственного прожиточного минимума, умноженной на 5½ (максимальные суммы доходов указаны в таблице)
- Вы не имеете медицинского страхования, а также
- Вы заполняете бланк заявления на предоставление финансовой помощи

Максимальный размер дохода

Состав семьи	Бесплатно	Снижение цен
1	\$31 225	\$68 695
2	\$42 275	\$93 005
3	\$53 325	\$117 315
4	\$64 375	\$141 625

* Бесплатное обслуживание: с каждым дополнительным членом семьи сумма увеличивается на **11 050 долл.**

* Обслуживание по сниженным ценам: с каждым дополнительным членом семьи сумма увеличивается на **24 310 долл.**

Ограниченные средства для оплаты медицинских услуг из больничных фондов

Вы можете иметь право на получение средств из ограниченных больничных фондов для оплаты медицинских услуг, предоставленных вам в больнице. Эти средства являются пожертвованиями с целью предоставления бесплатного медицинского обслуживания или обслуживания по сниженным ценам лицам, которые отвечают критериям для получения средств из частных фондов для частичной или полной оплаты их больничных счетов, если они докажут наличие у них финансовых потребностей, соответствующих критериям для предоставления им права на получение средств (каждый фонд имеет собственные критерии). Не существует каких-либо конкретных предельных уровней дохода для получения ограниченных средств из частных больничных фондов. Право лица на получение этих средств определяется в индивидуальном порядке учредителями фонда на основе испытываемых этим лицом финансовых трудностей. Кандидатуры всех пациентов, которые заполнили бланк заявления на предоставление им финансовой помощи в рамках организации здравоохранения Yale New Haven, автоматически будут рассмотрены в качестве претендентов на получение ограниченных средств из больничных фондов.

Программа «Я и мой ребенок» Yale New Haven Hospital

Программа доступна пациентам больницы Yale New Haven Hospital. В рамках этой программы предоставляется медицинское обслуживание во время беременности, родов и родоразрешения, а также некоторые бесплатные услуги в послеродовой период тем лицам, которые имеют право на их получение. Вы можете обладать этим правом, если проживаете в округе Нью-Хейвен; не имеете какого-либо вида медицинского страхования; сумма дохода вашей семьи меньше или равна сумме

общегосударственного прожиточного минимума, умноженной на 2½ (см таблицу сумм максимального дохода выше); вы подаете заявление на предоставление вам поддержки со стороны штата (в рамках программы Medicaid) и получаете действительное письменное решение от соответствующего органа штата. Для получения дополнительной информации или запроса бланка заявления на участие в программе «Я и мой ребенок», осуществляемой больницей Yale New Haven Hospital, обратитесь к нашему представителю в Центре здоровья женщин [Women's Center] или позвоните по телефону 203-688-5470.

предоставления финансовой помощи» и бланка заявления на предоставление финансовой помощи.

Пожалуйста, обращайтесь за помощью по телефону 1-855-547-4584.

Амбулаторная клиника Greenwich Hospital

В амбулаторной клинике Greenwich Hospital предоставляются бесплатные услуги или услуги по сниженным ценам лицам, которые обратились в администрацию клиники с заявлением о постановке их на учет в качестве ее членов и заявления которых были удовлетворены. Если вы не имеете медицинского страхования и не считаетесь пригодным для получения помощи со стороны штата (в рамках программы Medicaid), вы можете иметь право на получение поддержки, если являетесь жителем Гринвича и ваш семейный доход ниже или равен сумме общегосударственного прожиточного минимума, умноженной на 4. Для получения дополнительной информации или бланка заявления, пожалуйста, звоните по телефону **203-863-3334**.

Примечание о программах

Вы должны быть гражданином или постоянным жителем Соединенных Штатов для получения права на предоставление вам финансовой помощи. В рамках этих программ предоставляется медицинское обслуживание в чрезвычайных ситуациях или оказывается другая необходимая с медицинской точки зрения помощь. В рамках этих программ оплачиваются больничные счета ТОЛЬКО в больницах организации Yale New Haven Health. Ссылку на список поставщиков медицинских услуг, которые предоставляют такую помощь, а также сведения о том, придерживаются ли они правил программы по предоставлению финансовой помощи, можно найти в документе Financial Assistance Policy, FAP. Пациентам, имеющим право на получение финансовой помощи, не будут выставляться счета большую на сумму, чем обычно выставляются пациентам, имеющим медицинское страхование для оплаты обслуживания, получаемого в чрезвычайной ситуации, или другой необходимой с медицинской точки зрения помощи. Администрация организации здравоохранения Yale New Haven Health предоставит письменный ответ на каждое полученное заявление. Если заявление будет отклонено, вы можете подать заявление повторно в любое время. Дополнительные больничные средства выделяются ежегодно. Группам лиц с ограниченными навыками владения английским языком предлагаются переводы документов «Порядок предоставления финансовой помощи», «Краткое изложение порядка

Как следует подавать заявление на предоставление финансовой помощи?

С целью упрощения процесса подачи заявления для пациентов администрация Yale New Haven Health предлагает единый бланк заявления для большинства программ финансовой помощи. Если вы являетесь пациентом больницы Yale New Haven Hospital и хотите подать заявление на участие в программе «Я и мой ребенок», пожалуйста, свяжитесь с представителями нашего Центра здоровья женщин [Women's Center] по телефону 203-688-5470. Если вы являетесь пациентом больницы Greenwich Hospital и хотите подать заявление о постановке на учет в качестве члена амбулаторной клиники [Outpatient clinic], пожалуйста, свяжитесь с нами по телефону 203-863-3334.

Примечание: Вы должны иметь текущие счета или запланированный прием у врача для получения права на участие в наших программах финансовой помощи.

Программа бесплатного обслуживания: выполните шаги 1, 2, 3 и 4.

Программа обслуживания по сниженным ценам: выполните шаги 2, 3, 4.

Шаг 1: Подать заявление на предоставление медицинских льгот со стороны штата.

Для получения права на предоставление вам бесплатного медицинского обслуживания вы **ДОЛЖНЫ** подать заявление на участие в программе медицинской помощи (Medicaid) штата, в котором вы проживаете, и получить действительное письменное решение по вашему заявлению. Отказ не является «действительным», если ваше заявление было отклонено, поскольку вы не предоставили информацию или не оказали содействия в процессе его рассмотрения.

Вы можете подать заявление на участие в программе Medicaid в местном отделении Департамента социального обеспечения (DSS). Жителям штата Коннектикут следует позвонить по телефону 1-800-842-1508 для того, чтобы узнать о местонахождении ближайшего отделения Департамента социального обеспечения (DSS), или подать заявление в режиме онлайн на веб-сайте www.accesshealthct.com. Телефон в Род-Айленд: 1-855-840-4774. В Yale New Haven Health также есть сотрудники, которые помогут вам заполнить бланк заявления. Если вам нужна помощь, позвоните нам по телефону 1-855-547-4584.

После получения письменного решения Департамента социального обеспечения (DSS) вы можете подать заявление на предоставление вам бесплатного медицинского обслуживания. Мы не можем принять

письма с решениями, которые были отправлены вам по почте более 6 месяцев тому назад.

Шаг 2: Заполнить бланк заявления.

Пожалуйста, ответьте на ВСЕ вопросы, подпишите и укажите дату подписания заявления. Если вопрос не имеет отношения к вашей семье, пожалуйста, напишите «N/A» (не применимо) в отведенном для ответа месте.

Шаг 3: Приложить документы, подтверждающие сумму вашего дохода, к вашему заявлению.

Справка, подтверждающая сумму вашего дохода, представляет собой документ, в котором указана сумма дохода вашей семьи на момент заполнения бланка заявления. Смотрите нижеприведенную таблицу типов документов, которые могут использоваться в качестве подтверждения размера дохода вашей семьи.

Шаг 4: Отправить документы по почте. В почтовое отправление следует включить: 1) Письмо от Департамента социального обеспечения (DSS) с решением о праве на предоставление вам помощи со стороны штата; 2) Заполненный бланк заявления с вашей подписью и проставленной датой; а также 3) Документы, подтверждающие сумму дохода вашей семьи. Отправить по адресу:

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

Следующие документы могут быть использованы в качестве подтверждения суммы дохода:

<p>Если источником дохода вашей семьи является...</p>	<p>Вы можете приложить копии этих документов в качестве подтверждения суммы дохода вашей семьи: (Эти документы должны быть изданы не более шести месяцев тому назад, за исключением вашей самой последней федеральной налоговой декларации, которая может быть подготовлена раньше.)</p>
<p>Заработная плата (Если вы получаете зарплату или ваш труд оплачивается по почасовой ставке)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Две (2) самые последние платежные квитанции, ИЛИ - Письмо от вашего работодателя на фирменном бланке с указанием количества ваших рабочих часов и вашей ставки почасовой оплаты труда (до уплаты налогов)
<p>Доход от частной предпринимательской деятельности (Если вы работаете на себя)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Самая последняя федеральная налоговая декларация (должна быть подписана вами)
<p>Льготные пособия и выплаты (По социальному обеспечению; пособие бывшему военнослужащему; компенсационные выплаты работнику, получившему травму на рабочем месте; пособие по безработице; пенсии; выплаты из пенсионных фондов; дополнительный доход по программе социального обеспечения (SSI); алименты)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Самое последнее письмо с уведомлением о назначении пособия, ИЛИ - Справка о выплате льготных пособий, ИЛИ - Корешки чеков выплаты пособий
<p>Доход от аренды помещения</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Копия договора аренды или письменного соглашения с указанием суммы арендной платы, ИЛИ - Письмо, написанное вами, с указанием суммы арендной платы, которую вы получаете в течение года
<p>Проценты, дивиденды или аннуитетные платежи</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Самая последняя федеральная налоговая декларация, ИЛИ - Справка из финансового учреждения с указанием суммы и периодичности выплат, а также суммы, выплаченной в этом году на сегодняшний день
<p>Если вы не имеете никакого дохода</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Письмо от лица, которое поддерживает вас, ИЛИ - Если не существует лица, которое поддерживает вас, отправьте подписанное вами и датированное письмо с объяснением вашего настоящего финансового положения

Заявление на участие в программах финансовой помощи

Администрация организации Yale New Haven Health предлагает единый бланк заявления для большинства программ финансовой помощи. После подачи этого заявления ваша кандидатура будет рассмотрена в качестве претендента на участие в наших программах бесплатного медицинского обслуживания, медицинского обслуживания по сниженным ценам и программе по распределению фондов для оплаты больничных услуг. Выше приведены инструкции о том, как подать заявление на предоставление финансовой помощи. При возникновении каких-либо вопросов по поводу этого заявления, пожалуйста, звоните по телефону 855-547-4584.

1. Сведения о пациенте:

_____		_____	
Фамилия	Имя		
_____		_____	
Адрес		Дата рождения	
_____		_____	
Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона
Если вы беременны, укажите предполагаемый срок родов _____			Номер медицинской карты (если таковая имеется)
Правовой статус проживания в стране: <input type="checkbox"/> Гражданство США <input type="checkbox"/> Вид на жительство в США			
<input type="checkbox"/> Виза (студенческая, рабочая, гостевая) <input type="checkbox"/> Отсутствие гражданства США			

2. **Сведения о семье:** Укажите вашего супруга (супругу) и/или детей-иждивенцев в вашей семье. Не включайте партнеров, с которыми вы не состоите в браке. Если вам потребуется больше места, пожалуйста, приложите отдельный документ.

Имя и фамилия члена семьи	Кем приходится заявителю	Дата рождения

3. Сведения о доходе:

Следует предоставить сведения о вашем доходе И доходе вашего супруга/супруги. Включите все источники дохода. К источникам дохода могут относиться без ограничений: заработная плата и оклад, алименты на содержание, выплаты по программе социального обеспечения, пособия по безработице, поступления от аренды помещений, алименты на детей, и компенсационные выплаты работнику, получившему травму на рабочем месте. Если вы не имеете никакого дохода, приложите к своему заявлению письмо с указанием источников поддержки. (Инструкции приведены выше)

Имя и фамилия члена семьи	Источник дохода	Заработанная сумма до уплаты налогов	Не имеет работы/дохода
		\$ _____ <input type="checkbox"/> недельная <input type="checkbox"/> двухнедельная <input type="checkbox"/> месячная	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> недельная <input type="checkbox"/> двухнедельная <input type="checkbox"/> месячная	<input type="checkbox"/>

4. Медицинское страхование:

Обеспечены ли вы каким-либо видом медицинского страхования, включая медицинское страхование в рамках программ Medicare или Medicaid, или имеете ли вы договор медицинского страхования, заключенный со страховщиком другой страны? ДА НЕТ

Если да, пожалуйста, приложите к этому заявлению копию передней и оборотной стороны вашей страховой карточки или предоставьте следующую информацию:

Держатель страхового полиса :	Страховщик:	Номер договора страхования:
Держатель страхового полиса :	Страховщик:	Номер договора страхования:

5. Пожалуйста, внимательно прочтите перед подписанием:

Подписывая ниже настоящее заявление, я подтверждаю, что все предоставленные мной сведения в этом заявлении и во всех приложениях к нему являются верными.

- Я понимаю, что любые неверные, неполные или ложные сведения, предоставленные мной в этом документе, могут явиться причиной для отклонения заявления о предоставлении финансовой помощи.
- Я даю администрации организации Yale New Haven Health разрешение на проверку достоверности любой информации.
- Я даю администрации организации Yale New Haven Health разрешение на запрос моей кредитной истории.
- Я выражаю согласие на возмещение всей суммы, полученной мной в качестве финансовой помощи для оплаты услуг, указанных в этом заявлении, если я получу выплату любого рода, в том числе возмещение средств в соответствии с заключительным решением суда по гражданскому иску.
- Я соглашаюсь ставить в известность администрацию организации Yale New Haven Health о любых изменениях, которые могут повлиять на мою пригодность для получения финансовой помощи.
- Я понимаю, что в связи с моим заявлением о финансовой помощи администрации организации Yale New Haven Health, возможно, потребуется предать огласке охраняемую законом информацию (согласно определению этого термина в постановлении о конфиденциальности в соответствии с Законом о сохранении медицинского страхования и ответственности за соблюдение конфиденциальности личных сведений медицинского характера [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA], изложенным в разделе 42 свода федеральных постановлений [Code of

Federal Regulations, CFR], части с 160 по 164) о состоянии моего здоровья для определения наличия у меня права на получение финансовой помощи.

- Я понимаю, что любое разглашение медицинских сведений личного характера будет осуществляться в целях оплаты (согласно определению в постановлении о конфиденциальности в соответствии с Законом о сохранении медицинского страхования и ответственности за соблюдение конфиденциальности личных сведений медицинского характера [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]).

Подпись заявителя или законного опекуна

Дата

Имя и фамилия заявителя или законного опекуна печатными буквами

Пожалуйста, не забудьте приложить имеющее законную силу письменное решение в отношении заявления о предоставлении вам бесплатной медицинской помощи в рамках программы Medicaid и документы, подтверждающие сумму вашего дохода, или письмо в поддержку вашего заявления.

Отправьте заполненный бланк заявления по адресу:

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