

财务补助政策摘要

Summary of Financial Assistance Policy



耶鲁大学纽黑文健康（Yale New Haven Health）了解，一些病人支付医疗账单可能有困难。因此，我们利用各种财务补助方案提供帮助。病人需要填写一份财务补助申请表，并且提供验证财务需求所需要的文件。

欲了解更多信息、免费获取我们的《财务补助政策》和申请表，或者获得填写申请表的帮助，请与病人财务和住院服务部联系，电话：855-547-4584、上网访问 www.ynhhs.org/financialassistance，或者亲自来下列地址访问我们的住院办公室：**Bridgeport 医院**，267 Grant Street, Bridgeport, CT；**Greenwich 医院**，5 Perryridge Road, Greenwich, CT；**Lawrence + Memorial 医院**，365 Montauk Avenue, New London, CT；**Westerly 医院**，25 Wells Street, Westerly, RI；**耶鲁大学纽黑文医院**，20 York Street, New Haven, CT。

免费医疗

在下列情况下，您可能符合免费医疗的资格：

- 您的家庭收入低于或等于《联邦贫困水平》的 2½ 倍（收入上限在下表中列出）
- 您申请了《州政府补助》（Medicaid）并且在最近的6个月之内收到了州政府的书面决定；以及
- 您填妥了一份财务补助申请表

折扣医疗

如果您具备下列条件，则您可能符合折扣医疗的资格：

- 您的家庭收入低于或等于《联邦贫困水平》的 5½ 倍（收入上限在下表中列出）
- 您没有保险；以及
- 您填妥了财务援助申请表

收入限额

家庭人数：	免费医疗	折扣医疗
1	\$31,225	\$68,695
2	\$42,275	\$93,005
3	\$53,325	\$117,315
4	\$64,375	\$141,625

*免费医疗：每添加一名家庭成员，增加 **\$11,050**

*折扣医疗：每添加一名家庭成员，增加 **\$24,310**

限制性床位资金

您可能有资格获得限制性床位资金，捐赠的这项资金为符合个人资助标准的人提供免费或折扣医疗，以减少或消除您的账单。如果您具有该资金提名人确定的业经证明的财务需求，并且您符合获得资金的标准（每一项资金有独特的标准）。获得限制性床位资金并没有具体的收入限额。资格由资金提名人根据财务困难对依案而定。填写了 YNHHS 财务补助申请表的所有病人将自动被纳入限制性床位资金考虑。

耶鲁大学纽黑文医院“我和宝宝”方案

该方案适用于耶鲁大学纽黑文医院的病人。它向合格的病人提供产前护理，分娩和接生服务，以及一些产后医疗服务。如果您符合下列条件，则下可能符合资格：您住在纽黑文县、没有任何类型的健康保险、您的家庭收入低于或等于《联邦贫困水平》的 2½ 倍（参阅上文中的收入限额表）、您申请了《州政府补助》（Medicaid）并且收到了州政府的一封有效的书面决定。欲了解关于《耶鲁大学纽黑文医院我和宝宝方案》的更多信息或者索取申请表，请到妇女中心找我们的代表，或者致电 **203-688-5470**。

Greenwich 医院门诊

Greenwich 医院门诊向申请了门诊会员资格并且获得批准的人提供免费或折扣医疗。如果您没有保险，并且不符合《州政府补助》（Medicaid）的资格，则您可能有资格，只要您是 Greenwich 居民并且家庭收入低于或等于《联邦贫困水平》的 4 倍。欲了解更多信息或者索取申请表，请致电 **203-863-3334**。

关于方案的注释

您必须是美国公民或居民，才有资格获得财务补助。这些方案包括急诊和必要的医疗护理。它们只包括耶鲁大学纽黑文健康账单。在 FAP 上可以找到提供这类医疗服务的服务提供者列表以及他们是否遵循 FAP 的链接。符合财务补助资格的病人在接受急诊和其他需要的医疗护理时的收费不会超过向有保险的人收取的金额。耶鲁大学纽黑文健康将书面回复每一项申请。如果您的申请遭到拒绝，您可以随时重新申请。每年提供额外的免费床位资金。我们向一些有限英语能力的群体提供我们的《财务补助政策》、《财务补助政策摘要》和《申请表》的翻译版本。

请致电 1-855-547-4584 寻求帮助。

如何申请财务补助？

为了方便病人，耶鲁大学纽黑文健康的大多数财务补助方案使用一份申请表。如果您是耶鲁大学纽黑文医院的病人并且希望申请《我何宝宝》方案，请致电 203-688-5470 与我们妇女中心的代表联系。如果您是 Greenwich 医院的病人并且希望申请门诊，请致电联系 203-863-3334。

注释：您必须有当今的账单或者有预约约诊，才有资格获得我们的财务补助方案。

免费医疗方案：按照步骤 1, 2, 3 和 4。

折扣医疗方案：按照步骤 2, 3 和 4。

步骤 1: 申请州政府医疗补助。

欲获得《免费医疗》的资格，您必须在您居住的州申请《医疗补助》(Medicaid)，并且获得关于您的申请的一个有效的书面决定。因为您没有提供信息或者配合而签发的拒绝信函不是“有效的”。

您可以在您所在地的社会服务部 (DSS) 办事处申请 Medicaid。康州居民可以致电 1-800-842-1508 找到您附近的 DSS 办事处，或者在 www.accesshealthct.com 网上申请。(罗德岛: 1-855-840-4774。)耶鲁大学纽黑文健康也有工作人员可以帮助您填写申请表。如果您需要协助，请致电 1-855-547-4584 与我们联系。

一旦您收到 DSS 的书面决定，您就可以申请《免费医疗》。我们不接受超过 6 个月的决定函。

步骤 2: 填写申请表。

请回答申请表上的所有问题，签字并且注明日期。如果一个问题不适用于您的家庭，请在提供的空间填写“N/A”（不适用）”。

步骤 3: 附上收入证明。 在申请表之后附上收入证明。收入证明是证明在您填写申请表时您的全家赚取收入金额的文件。参阅右边的表，了解可以使用的文件类型。

步骤 4: 邮寄申请表。 包括: 1) DSS 关于您的州政府补助资格的决定函; 2) 填妥、签字并且注明日期的申请表; 以及 3) 收入证明，寄到:

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

下列文件可以用作收入证明：

<p>如果您的家庭收入来自 ...</p>	<p>您可以附上下列文件作为收入证明：（这些文件必须不超过 6 个月，您的最新联邦报税表例外，它可能时间更长。）</p>
<p>工资 （如果您灵气工资或者按照工作时间领取报酬）</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 两（2）份最近的工资单，或者 - 您的雇主使用公司信笺出具的一封信，写明您的工作小时以及每小时的工资（税前）
<p>自雇收入 （如果您为自己工作）</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 最近的联邦报税表（必须由您签字）
<p>福利 （社会安全，退伍军人，劳工工伤保险，失业福利，养老金，退休金，社会安全补助金，赡养费）</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 最近的福利发放函，或者 - 福利收入报表，或者 - 支票存根
<p>租金收入</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 证明租金金额的租约或书面协议副本，或者 - 您写的一封信，说明您每年收到的租金金额
<p>利息，股息或年金付款</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 最近的联邦报税表，或者 - 财务结构的报表，说明支付金额和频率，以及今年至今为止支付的金额
<p>如果您没有收入</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 支持您的人写的一封信，或者 - 如果您没有支持您的人，寄一封签字和注明日期的信，解释您目前的财务状况

财务补助项目申请表



耶鲁大学纽黑文健康的大多数财务补助方案使用一份申请表。通过填写这份申请表，您将被纳入《免费医疗》、《折扣医疗》和《床位资金》方案的考虑。

关于如何申请财务补助的说明，请参阅第 2 页。

如果有关于这份申请表的任何疑问，请致电 855-547-4584。

1. 病人资料：

姓	名
街道地址	出生日期
城市	州
邮递区号	电话号码
如果您怀孕，预产期是什么时候？ _____	
病历号码（如果有） _____	
居民身份： <input type="checkbox"/> 美国公民 <input type="checkbox"/> 美国居民 <input type="checkbox"/> 签证（学生，工作，访客）	
<input type="checkbox"/> 非美国公民	

- 2. 家庭资料：** 列出住在您家中的配偶及或任何受抚养子女。不要包括非婚伴侣。
如果需要更多的空间，请附上一份单独的文件。

家庭成员姓名	与申请人的关系	出生日期

3. 收入资料：

必须提供您和配偶的收入资料。包括所有的收入来源。收入来源可能包括，但不限于：工资/薪金，赡养费，社会安全，失业，租金收入，劳工工伤保险，以及子女抚养费。如果您没有收入，在申请书后面附上一封支持信函。（参阅第 2 页的说明）

家庭成员姓名	收入来源	赚取的税前金额	失业 / 无收入
		\$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每个月	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每个月	<input type="checkbox"/>

4. 健康保险:

您是否有任何健康保险, 包括 Medicare、Medicaid 或外国的保险?
是 否

如果是, 请把您的保险卡的正面和反面复印件附在这份申请表的后面, 或者填写下列各项:

保单持有人:	保险公司:	保单号码:
保单持有人:	保险公司:	保单号码:

5. 请在签字之前仔细阅读:

通过在下面签字, 我证明我在申请书上陈述的以及任何附件上的全部内容属实。

- 我了解, 本申请表上的任何不正确、不完整或虚假的信息可能导致我的财务协助申请被拒绝。
- 我准许耶鲁大学纽黑文健康核实任何和所有的资料。
- 我准许耶鲁大学纽黑文健康索取我的信用报告。
- 如果我因这项申请所包括的服务而收到任何类型的付款, 包括诉讼判决款, 我同意全额偿还我的财务补助款。
- 我同意把可能影响我的财务补助资格的任何变更通知耶鲁大学纽黑文健康。
- 我了解, 与我的财务补助申请相关, 耶鲁大学纽黑文健康可能需要披露关于我的“受保护的健康资料”(该术语如 HIPAA 隐私规则所定义, CFR 第 42 卷, 第 160 至 164 部分), 以便确定我的资格。
- 我了解, 任何这类披露将是为了付款目的, 如 HIPAA 隐私规则所定义。

申请人或者法律监护人的签字

日期

申请人或者法律监护人的工整书写姓名

请记住随申请表附上一份关于您的 **Medicaid** 协助 (**Medicaid**) 申请的有效书面决定, 以及收入证明或者一封支持信。

请将填妥的申请表寄到:

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