

Muhtasari Wa Sera Ya Msaada Wa Fedha (Summary of Financial Assistance Policy)

Yale New Haven Health inaelewa kuwa inaweza kuwa vigumu kwa baadhi ya wagonjwa wa kumudu kulipa bili zao za matibabu. Ndiyo sababu mipango mbalimbali ya msaada wa fedha imeundwa ili kukusaidia. Wagonjwa wanatakiwa kukamilisha msaada wa kifedha maombi na kutoa hati aliomba ili kuthibitisha haja ya kifedha.

Kujifunza zaidi, kupata nakala ya bure ya Sera Yetu Ya Msaada Wa Kifedha na maombi, au kwa ajili ya kusaidia kukamilisha maombi kuwasiliana na Huduma Wa Kifedha Na Kukiri Kwa Wagonjwa kwa kupigiya 855-547-4584, kwenda www.ynhhs.org/financialassistance au utembelee katika ofisi zetu za Kulaza wagonjwa hospitalini zilizoko: **Hospitali ya Bridgeport**, 267 Grant Street, Bridgeport, CT; **Hospitali ya Greenwich**, 5 Perryridge Road, Greenwich, CT; **Hospitali ya Lawrence + Memorial**, 365 Montauk Avenue, New London, CT; **Hospitali ya Westerly**, 25 Wells Street, Westerly, RI; au **Hospitali ya Yale New Haven**, 20 York Street, New Haven, CT.

Huduma kwa bure (Free care)

Unaweza kuwa na haki kwa huduma kwa bure ikiwa:

- Familia yako inapata chini ya kiwango cha umaskini kwa serikali chini ya au sawa na mara 5 ½ kiwango hiki (kiasi mapato upewayo ziko kwenye orodha hapa chini)
- Umeomba Usaidizi Unaotolewa na Serikali ya Jimbo (medicaid) na umepokea uamuzi halali ulioandikwa, kutoka kwa Jimbo ndani ya miezi 6 iliyopita; na
- Umekamilisha maombi ya msaada wa kifedha

Kupunguziwa gharama za matibabu

Huenda gharama za matibabu zikapunguzwa ikiwa:

- Familia yako inapata mapato yaliyo chini ya au sawa na mara 5½ ya Mapato ya Mwaka ya Chini Zaidi (viwango vya juu zaidi vya mapato vimeandikwa kwenye jedwali lililo hapa chini)
- Huna bima; na

Umejaza fomu ya kuomba usaidizi wa kifedha

Mapato Ya Kiwango Cha Juu

Wanafamilia	Huduma ya bure	Gharama za matibabu zilizopunguzwa
1	\$31,225	\$68,695
2	\$42,275	\$93,005
3	\$53,325	\$117,315
4	\$64,375	\$141,625

*Huduma ya bure: ongeza **\$11,050** kwa kila mwanafamilia anayengezeka

*Kupunguziwa gharama za matibabu: ongeza **\$24,310** kwa kila mwanafamilia anayengezeka

Fedha chache kwa chumba (Restricted Bed Funds)

Unaweza kuwa na haki ya kupokea fedha chache kwa chumba, fedha ambayo imetolewa kwa kutoa huduma kwa bure au kwa punguzo kwa watu ambao kufikia vigezo vya fedha kwa mtu binafsi, kupunguza au kuondoa bili yako ikiwa umeonyesha haja ya kifedha kama ilivyopangwa na nominator wa mfuko; na wewe kufikia vigezo vyote uhakiki kupokea fedha (kila mmoja ana vigezo kipekee). Hakuna mipaka maalum ya mpato kwa kupokea fedha chache kwa chumba. Uhakiki ni kuamuliwa kesi kwa kesi na wateuzi wa mfuko kufuatana na ugumu wa kifedha. Wagonjwa wote ambao wamejaza fomu ya kuomba usaidizi wa kifedha ya YNHHS watapewa fedha za huduma/matibabu ya bure au watapunguziwa gharama za matibabu kiotomatiki.

Mpango "Mimi & Mtoto Wangu" kwa Yale New Haven Hospital (Me & My Baby) Program

Mpango huu una husika kwa wagonjwa wa yale new haven hospital. Inatoa huduma za kabla ya uchungu na kujifungua na huduma za baada ya kujifungua bila malipo kwa wale wanaostahili. Unaweza kuwa na haki ikiwa wewe kuishi katika New Haven county; huna bima ya afya; familia yako inapata chini ya au sawa na mara 2 ½ ya Mapato ya Mwaka ya Chini Zaidi (angalia chati/jedwali ya mapato ya juu zaidi); umeomba Usaidizi Unaotolewa na Serikali ya Jimbo (Medicaid) na umepokea uamuzi halali ulioandikwa. Kwa maelezo zaidi au kudai maombi kwa ajili ya mpango wa mimi & mtoto wangu katika yale new haven hospital, angalia wawakilishi wetu katika kituo cha wanawake au simu **203-688-5470**.

Kliniki ya wagonjwa wa nje ya Greenwich Hospital

Kliniki ya wagonjwa wa nje ya Greenwich Hospital inatoa huduma kwa bure au punguzo kwa watu ambao kuomba na ni kupitishwa kwa ajili ya uanachama katika kliniki. Kama huna bima, na wewe si katika hali ya msaada (medical), unaweza kuwa na haki kama wewe ni mkazi wa Greenwich na kuwa na mapato ya familia chini ya au sawa na mara 4 ya Ngazi ya Umaskini katika Shirikisho. Kwa maelezo zaidi au ili kupata maombi tafadhali piga **203-863-3334**.

Kumbuka kuhusu mipango

Lazima kuwa raia au mkazi wa Marekani kwa kuhitimu kwa msaada wa kifedha. Mipango hii kusaidiwa na dharura au huduma nyingine ya muhimu. Inalipa Inashughulikia tu bili za Yale New Haven Health PEKE YAKE. Kiungo kwa orodha ya watoa huduma ambao kutoa huduma hizo na kama wao kufanya au hawafuati FAP yanaweza kupatikana katika FAP. Wagonjwa waliohitimu kwa msaada wa kifedha hawata lipa zaidi ya kiasi kwa ujumla waliolipa wagonjwa waliyo na bima kwa ajili ya dharura au nyingine huduma za muhimu. Yale New Haven Health itajibu maombi ya kila mmoja kwa maandishi. Kama maombi yako ina kataliwa, unaweza kuomba tena wakati wowote. Ziada ya msaada wa chumba itapatikana kila mwaka. Tafsiri ya Sera Yetu Ya Misaada Ya Kifedha, Muhtasari Wa Sera Za Fedha Msaada Na Maombi zinapatikana kwa baadhi ya makundi wasiyo zungumza Kingereza.

Tafadhali pigia 1-855-547-4584 kwa msaada.

Kumbuka kuhusu mpango wa huduma kwa bure

Ili kuchukuliwa kwa ajili ya huduma ya bure, lazima kuomba msaada wa matibabu (medicaid) katika hali ambapo kuishi na kupokea uamuzi halali, kwa andiko juu ya maombi yako ndani ya miezi 6 iliyopita. Tafadhali wasilisha uamuzi huu na maombi yako. Kama unaomba kwa ajili ya huduma kwa punguzo, haupaswi kuwa na bima ya afya ya aina yoyote kwa sasa. Maombi ya huduma kwa punguzo haihitaji kutumiwa paoja na barua ya uamuzi.

Jinsi gani kuomba msaada wa fedha?

Ili wagonjwa warahisishiwe kazi, Yale New Haven Health hutumia fomu moja ya maombi kwa mipango mingi ya msaada wa kifedha. Kama wewe ni mgonjwa wa Yale New Haven Hospital na unataka kuomba kwa mpango wa Mimi & Mtoto Wangu, tafadhali wasiliana na wawakilishi wa kituo chetu cha wanawake kwa 203-688-5470. Kama wewe ni mgonjwa wa Greenwich Hospital na unataka kuomba kwa ajili ya kliniki ya wagonjwa wa nje, tafadhali pigia 203-863-3334.

Kumbuka: Lazima uwe na bili za sasa au miadi iliyopangwa kufuzu katika mipango yetu ya msaada wa kifedha.

Mpango Huduma ya Bure: Fuata hatua 1, 2, 3 na 4.

Mpango Punguzo ya Huduma: Fuata hatua 2, 3 na 4.

Hatua 1: Kuomba Msaada Wa Matibabu Ya Serikali.

Kwa kuwa na haki kwa ajili ya huduma ya bure, LAZIMA kuomba msaada wa matibabu (medicaid) katika jimbo ambapo unapoishi na kupokea uamuzi halali, kuandikwa juu ya maombi yako. Kunyimwa si "halali" kama ilitolewa kwa sababu wewe hukutoa taarifa au kushirikiana.

Unaweza omba matibabu katika ofisi ya Idara Ya Huduma Za Jamii (dss). Wakazi wa CT wanaweza pigia 1-800-842-1508 kupata ofisi ya dss karibu au kwenye internet www.accesshealthct.com; Rhode Island: 1-855-840-4774. Hospitali pia ina wafanyakazi ambao wanaweza kukusaidia kujaza maombi. Ukihitaji msaada, pigia 1-855-547-4584.

Ukipokea uamuzi wa maandishi kutoka dss, unaweza kuomba huduma ya bure. Hatuwezi kukubali barua ya uamuzi iliyo kuwa na umri wa miezi zaidi ya 6.

Hatua 2: kukamilisha maombi.

Tafadhali kujibu maswali yote na kutia saine na tarehe ya maombi. Kama swali haihusu familia yako, tafadhali kuandika "n/a" (si husika) katika fasi iliyotolewa.

Hatua 3: ambatisha ushahidi wa mapato kwa maombi yako. Ushahidi wa mapato ni hati ambayo inaonyesha kiasi gani cha mapato familia yako inapata wakati wewe kujaza maombi. Angalia meza kuume kwa ajili ya aina ya nyaraka ambazo zinaweza kutumika.

Hatua ya 4: tuma barua ya maombi. Pamoja na: 1) barua ya uamuzi kutoka dss kuhusu uhakiki yako kwa ajili ya Msaada Ya Serikali; 2) maombi kamili, inayo saine na tarehe; na 3) ushahidi wa mapato kwa:

Yale New Haven Health
sbo, attn: Financial Assistance
PO BOX 1403
New Haven, CT 06505

Nyaraka zifuatazo zinaweza kutumika kama ushahidi wa mapato:

Kama mapato ya familia yako ni kutoka ...	Unaweza ambatisha nakala ya hati kama ushahidi wa mapato: (Nyaraka hizi lazima kuwa na chini ya miezi sita, isipokuwa kwa shirikisho yako ya kodi ya mwisho, inaweza kuwa zaidi.)
Mshahara (Kama wewe kulipwa mshahara au kulipwa kwa saa kwa ajili ya kazi)	<ul style="list-style-type: none">– Mbili (2) katika malipo ya mwisho, AU– Barua kutoka kwa mwajiri wako ikieleza ni masaa ngapi wewe kutumika na kiasi gani kulipwa kwa saa (kabla ya kodi)
Mapato ya kujajiri (Kama wewe kujitumikiya mwenyewe)	<ul style="list-style-type: none">– Shirikisho ya kodi wa mwisho (lazima kuwa na saine yako)
Faida (Usalama wa jamii, mkongwe, fidia ya mfanyakazi, ukosefu wa ajira, pensheni, fedha ya kustaafu, SSI, masurufu)	<ul style="list-style-type: none">– Barua hivi karibuni ya tuzo la faida, AU– Kauli ya faida, AU– Cheti ya kupokea
Mapato ya kukodisha	<ul style="list-style-type: none">– Nakala ya kukodisha au mkataba wa maandishi kuonyesha kiasi cha kodi, au– Barua iliyoandikwa na wewe, ikionyesha kiasi cha kodi kupokea kwa mwaka
Riba, gawio, au malipomwaka	<ul style="list-style-type: none">– Shirikisho ya kodi ya mapato ya hivi karibuni, AU– Taarifa kutoka taasisi ya fedha na kusema kiasi na mzunguko wa malipo na kiasi kulipwa mwaka huu
Kama huna kipato	<ul style="list-style-type: none">– Barua kutoka kwa mtu ambaye anakusaidia wewe, AU– Kama huna mtu ambaye anakusaidia wewe, tuma barua iliyokuwa na saine na tarehe kueleza hali yako ya sasa ya kifedha

Maombi kwa ajili ya mipango ya msaada wa kifedha

Yale New Haven Health hutumia fomu moja ya maombi kwa ajili ya mipango nyingi kwa msaada wa kifedha. Kwa kukamilisha maombi haya Wewe utazingatiwa kwa ajili ya huduma yetu ya bure, huduma ya punguzo, na mpango wa msaada kwa chumba. Kwa maelekezo ya jinsi ya kuomba msaada wa fedha, tafadhali rejea ukurasa wa 2. Ukiwa na maswali yoyote kuhusu maombi haya, tafadhali tupigie simu kupitia namba 855-547-4584.

1. Habari ya mgonjwa:

Jina la mwisho _____ jina la kwanza _____

Anuani _____

tarehe ya kuzaliwa _____

Mji _____ jimbo _____ idadi ya posita _____

simu _____

Kama wewe ni mjamzito, ni nini tarehe yako ya kuzaa? _____

Idadi Ya Rekodi Ya Matibabu (ikiwa ipo) _____

Hali ya Mkazi: Raia wa marekani Mkazi Wa Marekani Viza Asiye Raia Kimarekani

2. Habari ya familia:

orodha mke wako na/au watoto wowote tegemezi wanaoishi katika kaya yako. Si ni pamoja na Wapenzi musiyokuwa na ndoa. Kama fasi zaidi ni muhimu, tafadhali ambatanisha hati tofauti.

Jina la mwanafamilia	Uhusiano na mwombaji	Tarehe ya Kuzaliwa

3. Maelezo ya mapato:

Maelezo ya mapato kwa ajili yako wewe na mweza wako lazima kutolewa. Pamoja na vyanzo vyote vya mapato. Vyanzo vya mapato ni pamoja na lakini siyo tu: mshahara/mshahara, masurufu, usalama wa jamii, ukosefu wa ajira, mapato ya kodi, fidia ya wafanyakazi, na msaada kwa watoto. Kama huna kipato, ambatisha barua ya msaada kwa maombi yako. (Angalia maelekezo katika ukurasa wa 2)

Jina la mwanafamilia	Kazi/Ajira	Mapato kabla ya ushuru	Hujaajiriwa/ Huna Mapato
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Kila wiki <input type="checkbox"/> Baada ya wiki mbili <input type="checkbox"/> Kila mwezi	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Kila wiki <input type="checkbox"/> Baada ya wiki mbili <input type="checkbox"/> Kila mwezi	<input type="checkbox"/>

4. Bima ya Afya:

Wewe kuwa na bima yoyote ya , ikiwa ni pamoja na medicare au medicaid au chanjo kutoka nchi za kigeni?

NDIO HAPANA

Kama **ndiyo**, Tafadhali ambatanisha nakala ya mbele na nyuma ya kadi yako ya bima kwenye maombi haya au kuandika zifuatazo:

Mmiliki wa sera:	Bima:	Namba ya sera .:
Mmiliki wa sera:	Bima:	Namba ya sera .:

5. Tafadhali soma kwa umakini kabla ya kusaini:

Kwa kusaini chini, mimi kuthibitisha kwamba kila kitu nimesema kwenye maombi haya yoyote ni kweli.

- Naelewa kwamba yoyote isiyo sahihi, pungufu, au uongo taarifa yoyote juu ya aina hii inaweza kusababisha kukataliwa kwa maombi yangu kwa msaada wa kifedha.
- Napatiya Yale New Haven Health ruhusa ya kuthibitisha taarifa yoyote.
- Mimi kupatiya Yale New Haven Health ruhusa ya kuomba ripoti ya mikopo yangu.
- Mimi kukubali kulipa kiasi kamili ya misaada yangu ya kifedha nikipokea malipo ya aina yoyote, ni pamoja na tuzo kutoka mdai, kwa ajili ya huduma kupewa katika maombi haya.
- Mimi kukubali kuwajulisha Yale New Haven Health mabadiliko yoyote ambayo inaweza kubadilisha uhakiki wangu kwa msaada wa kifedha.
- Mimi kuelewa kwamba katika uhusiano na maombi yangu kwa msaada wa kifedha, Yale New Haven Health inaweza kutoa taarifa ya afya kulindwa (kama ni inavyoelezwa katika faragha ya utawala ya HIPAA, 42 cfr sehemu 160 kufika 164) kuhusu mimi ili kujua uhakiki wangu .
- Mimi kuelewa kwamba kutoa taarifa yoyote kama itakuwa kwa madhumuni ya malipo, kama inavyoelezwa katika utawala ya faragha ya HIPAA.

Sahihi ya mtu kuomba au mlezi kisheria

Tarehe

Kuchapishwa jina la mtu kuomba au mlezi wa kisheria

Hakikisha kwamba umeweka uamuzi wako halali ulioandikwa wa kuomba Medicaid na thibitisho ya mapato au barua ya mdhamini pamoja na fomu ya kuomba usaidizi wa kifedha.

Tuma fomu za maombi zilizojazwa kwa:

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