

Mali Yardım Tüzük Özeti

Yale New Haven Health, hastane faturalarını ödemenin bazı hastaların bütçelerini zorlayabileceğinin farkındadır. Bu nedenle, ödemelere yardımcı olması amacıyla tasarlanmış çeşitli mali yardım programlarımız bulunmaktadır. Hastaların mali yardım başvurusunu doldurmaları ve mali gereksinimi kanıtlamak için istenen belgeleri sunmaları gerekir.

Daha fazla bilgi edinmek için, Mali Yardım Politikası (Financial Assistance Policy) ve başvuru formunun ücretsiz bir kopyasını edinebilirsiniz ya da başvuruyu tamamlamak için yardım isterseniz, Hasta Mali Yardım ve Kabul Hizmetleri'ne (Patient Financial Admitting Services) telefonla 855-547-4584 numaradan ulaşabilir, ya da internette www.ynhhs.org/financialassistance adresine gidebilir, ya da aşağıda adresi yer alan Kabul ofislerimize (Admitting offices) gelebilirsiniz: **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; ya da **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.

Ücretsiz Bakım

Aşağıda sayılan koşullar size uygunsa, ücretsiz sağlık bakımı almaya hakkınız olabilir:

- Ailenizin gelir düzeyi "Federal Yoksulluk Düzeyi"nin (Federal Poverty Level) 2,5 katına eşit ya da daha az ise (en fazla gelir miktarları aşağıda yer alan çizelgede verilmiştir);
- Eyalet Yardım (Medicaid) programına başvurmuş ve Eyalet yetkilisinden son 6 ay içinde geçerli, yazılı bir karar almış iseniz;
- Mali yardım başvurusu doldurmuş iseniz.

İndirimli Bakım

Aşağıda sayılan koşullar size uygunsa, ücretsiz sağlık bakımı almaya hakkınız olabilir:

- Ailenizin gelir düzeyi "Federal Yoksulluk Düzeyi"nin (Federal Poverty Level) 5,5 katına eşit ya da daha az ise (en fazla gelir miktarları aşağıda yer alan çizelgede verilmiştir);
- Sigortalı değil iseniz;
- Mali yardım başvurusu doldurmuş iseniz.

En Fazla Gelir

Aile büyüklüğü	Ücretsiz bakım	İndirimli Bakım
1	\$31.225	\$68.695
2	\$42.275	\$93.005
3	\$53.325	\$117.315
4	\$64.375	\$141.625

* Ücretsiz bakım: eklenen her bir aile üyesi için 11.050 ABD doları ekleyin

* İndirimli bakım: Eklenen her bir aile üyesi için 24.310 \$ ekleyin

Kısıtlı yatak ödenekleri (Restricted bed funds)

Faturanızı azaltmak veya sınırlamak için ödenekleri atayan tarafından belirlenen ispatlanmış mali ihtiyacınız varsa;ve ödenek almak için gerekli tüm kriterleri sağlıyorsanız (her bir ödeneğin kendine özel kriterleri vardır) kısıtlı yatak ödeneklerinden ve bireysel ödenek kriterlerini sağlayan kişilerin ücretsiz ya da indirimli bakım alması için bağışlanmış ödeneklerden almaya hak kazanabilirsiniz. Kısıtlı yatak ödeneklerinden yararlanmak için belirli bir gelir sınırı yoktur. Uygunluk, ödeneğe uygun aday gösteren yetkili tarafından duruma göre, mali sıkıntılara bakarak belirlenir. YNHHS mali yardım başvurusunu dolduran tüm hastalar, kısıtlı yatak ödenekleri için otomatik olarak değerlendirilecektir.

Yale New Haven Hospital "Ben ve Bebeğim" Programı

Bu program, Yale New Haven Hospital hastaları için geçerlidir. Bu, doğum öncesinde, sancılanma ve doğum sırasında

hak sahiplerine ücretsiz hizmetler ve bazı doğum sonrası bakım sağlar. New Haven County sınırları içinde yaşıyorsanız, herhangi bir sağlık sigortanız yoksa, ailenizin geliri Ulusal Yoksulluk sınırının 21/2 katına eşit ya da daha az ise (en yüksek gelir miktarları için yukarıdaki çizelgeye bakınız), Eyalet Yardımı için başvurmuş ve geçerli, yazılı bir karar bildirisini almışsanız, bu yardım programına uygun olabilirsiniz. Daha fazla bilgi ve başvuru formu istemek için, Yale New Haven Hospital Kadın Merkezi (Women's Center) temsilcilerimizle görüşünüz ya da 203-688-5470 numarayı arayınız.

Greenwich Hospital Ayakta Tedavi Kliniği (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

Greenwich Hospital Outpatient Clinic, klinik üyeliği için başvurmuş ve başvurusu onaylanmış kişilere ücretsiz ya da indirimli bakım sağlar. Sigortanız yoksa ve Eyalet Yardımı (Medicaid) için uygun değilseniz, Greenwich'te yaşıyor ve ailenizin gelir düzeyi Ulusal Yoksulluk düzeyinin 4 katına eşit ya da daha düşük ise, bu programa uygun olabilirsiniz. Daha fazla bilgi ya da başvuru formu edinmek için, lütfen 203-863-3334 numarayı arayınız.

Programlara ilişkin bir not

Mali yardıma uygun olabilmek için, Amerika Birleşik Devletleri vatandaşı ya da oturanı olmalısınız. Bu programlar, acil ya da sağlık açısından diğer gerekli bakımı kapsar. Bunlar SADECE Yale New Haven Health faturalarını karşılarlar. Bu tür bakım sunan sağlayıcıların bir listesi ve Mali Yardım Programı'nı (FAP) uygulayıp uygulamadıklarına ilişkin bilgi, FAP'de bulunabilir. Mali yardım almaya uygun hastaların sağlık hizmeti ücretleri, acil ya da sağlık açısından gerekli diğer bakım hizmetleri için sigortası olan hastalara uygulanan genel ücretlendirmelerden daha fazla olmayacaktır. Yale New Haven Health, her başvuruya yazılı yanıt verir. Başvurunuz reddedilirse, istediğiniz an yeniden başvurabilirsiniz. Her yıl ek ücretsiz yatak ödenekleri kullanıma uygun duruma gelir. "Mali Yardım Tüzüğü" (Financial Assistance Policy), "Mali Yardım Tüzüğü'nün Özeti" (Summary of Financial Assistance Policy) ve "Başvuru Formu" (Application) çevirileri, sınırlı İngilizce bilen belli grupların kullanımına hazırdır.

Yardım için lütfen 1-855-547-4584 numarayı arayınız.

Mali yardım için nasıl başvururum?

Süreci hastalar adına kolaylaştırmak için Yale New Haven Health pek çok mali yardım programı için tek bir başvuru formu kullanmaktadır. Yale New Haven Hospital hastası iseniz ve Ben ve Bebeğim programına başvurmak isterseniz, lütfen Kadın Merkezi (Women's Center) temsilcilerimizle 203-688-5470 numaradan bağlantı kurunuz. Greenwich Hospital hastası iseniz ve Outpatient kliniğine başvurmak isterseniz, lütfen 203-863-3334 numarayı arayınız.

Not: Mali yardım programlarımızdan yararlanabilmek için güncel faturalarınız ya da planlı bir randevunuz bulunmalıdır.

Ücretsiz Bakım Programı: 1., 2., 3. ve 4. işlemleri yapınız.

İndirimli Bakım Programı: 1., 2., 3. ve 4. işlemleri yapınız.

1. İşlem: Eyalet Sağlık Yardımı için başvurunuz.

Ücretsiz Bakım yardımına uygun olmak için, yaşadığınız eyalette Sağlık Yardımı (Medicaid) için BAŞVURMALI ve başvurunuza geçerli, yazılı bir karar yanıtı almalısınız. Bilgi vermediğiniz ya da işbirliği yapmadığınız için verilen bir red kararı, "geçerli" değildir.

Medicaid için Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın (Department of Social Services (DSS)) yerel başkanlığına başvurabilirsiniz. CT eyaletinde yaşayanlar, yerel DSS başkanlığını bulmak için 1-800-842-1508 (Rhode Island için 1-855-840-4774) numarayı arayabilir ya da www.accesshealthct.com adresinde internet üzerinden başvurabilir. Yale New Haven Health'de de başvuruları doldurmanıza yardımcı olacak personel bulunmaktadır. Yardım isterseniz, lütfen 1-855-547-4584 numaradan bizi arayınız.

DSS'den yazılı karar mektubunu aldıktan sonra, Ücretsiz Bakım programına başvurabilirsiniz. 6 ayı geçmiş karar mektuplarını kabul edemeyiz.

2. İşlem: Başvuruyu doldurunuz.

Lütfen TÜM soruları yanıtlayınız ve tarih atarak imzalayınız. Herhangi bir soru aileniz için geçerli değilse, lütfen verilen boşluğa "N/A" (geçerli değil) yazınız.

3. İşlem: Dilekçeye Gelir kanıtı ekleyiniz. Gelir kanıtı, başvuruyu doldurduğunuz zaman ailenizin kazandığı geliri gösteren bir belgedir. Sağdaki çizelgede ne tür belgeler kullanılabileceğini görebilirsiniz.

4. İşlem: Başvuruyu postalayınız. Eklenacak belgeler: 1) Devlet Yardımına uygun olduğunuzu belirten DSS karar yazısı; 2) Doldurulmuş, imzalanmış ve tarihi atılmış başvuru; ve 3) Gelir belgesi

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

Aşağıda gösterilen belgeler, gelir kanıtı olarak kullanılabilir:

Eğer ailenizin geliri aşağıdakilerden geliyorsa ...	Bu belgelerin kopyalarını gelir kanıtı olarak ekleyebilirsiniz: (Bu belgeler, altı aydan daha eski olabilecek Federal Vergi Beyannamesi (Federal Tax Return) dışında, altı aydan daha eski olmamalıdır.)
Maaş (Maaşlı iseniz ya da bir işte saatli çalışıyorsanız)	<ul style="list-style-type: none">En son yapılmış iki (2) ödemenin makbuzu, YA DAİşvereninizden şirket antetli bir kağıda yazılmış, kaç saat çalıştığınızı ve saat başı ne kadar ödeme aldığınızı (vergiden önce) belirten yazı.
Serbest çalışan geliri (Kendiniz için çalışıyorsanız)	<ul style="list-style-type: none">En son bildirdiğiniz Federal Gelir Vergisi Beyannamesi (Federal Income Tax Return) (sizin tarafınızdan imzalanmalıdır)
Sosyal Yardımlar (Sosyal Güvenlik, Gazi, İşçi Tazminatı, İşsizlik, Emekli maaşları, Emeklilik ödenekleri, SSI, nafaka)	<ul style="list-style-type: none">En yeni sosyal yardım hakkı mektubu, YA DASosyal Yardım Hesap Özeti (Benefits Statement), YA DAÇek koçanları
Kira Geliri	<ul style="list-style-type: none">Kira miktarını gösteren yazılı anlaşma ya da sözleşme kopyası; YA DAHer yıl aldığınız kirayı gösteren, tarafınızdan yazılmış bir mektup.
Faiz, Kar Payları, ya da Yıllık Ödemeler	<ul style="list-style-type: none">En yeni Federal Gelir Vergisi Beyannamesi, YA DAMali kuruluştan ödeme sıklığını ve yıl içinde ödenmiş faizleri gösteren hesap özeti
Geliriniz yoksa	<ul style="list-style-type: none">Sizi destekleyen kişiden bir mektup, YA DASizi destekleyen bir kişi yoksa, şu andaki mali durumunuzu açıklayan tarih atılmış ve imzalanmış bir mektup gönderiniz.

Mali Yardım Programlarına Başvuru (Application for Financial Assistance Programs)

Yale New Haven Health, çoğu mali yardım programı için tek bir başvuru formu kullanmaktadır. Bu başvuruyu doldurarak; Ücretsiz Bakım (Free Care), İndirimli Bakım (Discounted Care) ve Kısıtlı Yatak Ödenekleri (Bed Fund) programları için değerlendirileceksiniz. Mali yardıma nasıl başvurulacağı konusunda, 2. sayfaya bakınız. Bu başvuruyla ilgili sorularınız olursa, lütfen 1-855-547-4584 numarayı arayınız.

1. Hasta Bilgileri: (Patient Information)

Soyadı		Adı	
Açık Adres			Doğum Tarihi
Şehir	Eyalet	Posta Kodu	Telefon Numarası
Hamile iseniz, beklenen doğum tarihi nedir? _____			Sağlık Kayıt Numarası (varsa)
Ülke içindeki statü: <input type="checkbox"/> ABD Vatandaşı <input type="checkbox"/> ABD Oturan <input type="checkbox"/> Vize sahibi(öğrenci, iş, ziyaretçi)			
<input type="checkbox"/> ABD Vatandaşı değil			

2. Aile Bilgisi: Eşiniz ve / veya evinizde sizinle yaşayan, yükümlü olduğunuz çocuklar. Bunlara, evlenmemiş eşleri katmayınız. Daha fazla yer gerekirse, lütfen ayrı bir belge ekleyiniz.

Aile bireyinin adı	Başvuranla akrabalığı	Doğum Tarihi

3. Gelir Bilgileri:

Sizin ve eşinizin gelir bilgileri verilmelidir. Tüm gelir kaynaklarını yazınız. (daire içine alınız) Gelir kaynakları içinde, bunlarla sınırlı olmamak üzere, şunlar yer alabilir: maaş / ücret, nafaka, sosyal güvenlik, işsizlik, kira geliri, işçi tazminatı, çocuk yardımı. Herhangi bir geliriniz yoksa, başvuruza destek mektubu ekleyiniz. (2. Sayfada yönergeleri görebilirsiniz)

Aile bireyinin adı	Gelir kaynağı	Vergiden önce kazanılan gelir	İşsiz / Geliri Yok
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Haftalık <input type="checkbox"/> İki Haftalık <input type="checkbox"/> Aylık	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Haftalık <input type="checkbox"/> İki Haftalık <input type="checkbox"/> Aylık	<input type="checkbox"/>

4. Sağlık Sigortası:

Medicare ya da Medicaid ya da yabancı bir ülkenin sigortası dahil, herhangi bir sağlık sigortası kapsamında mısınız?

EVET HAYIR

Evet ise, lütfen bu başvuruya sigorta kartınızın ön ve arka yüzünün bir kopyasını ekleyiniz, YA DA aşağıdaki bilgileri yazınız:

Police Sahibi:	Sigortalayan:	Police No.:
Police Sahibi:	Sigortalayan:	Police No.:

5. Lütfen imzalamadan önce dikkatle okuyunuz:

Aşağıya imzama atarak, bu başvuruda bildirdiklerimin ve eklerin gerçek olduğunu onaylıyorum.

- Bu formdaki yanlış, eksik ya da hatalı bilgilerin mali yardım başvurumun reddedilmesine neden olabileceğini anlıyorum.
- Yale New Haven Health hastanesine bilgilerin doğruluğunu denetleme iznini veriyorum.
- Yale New Haven Health hastanesine kredi raporumu isteme iznini veriyorum.
- Yasal bir davadan kazandıklarım dahil, herhangi bir ödeme alırsam, bu başvuru kapsamına giren hizmetler için yapılan mali yardım ödeneklerinin tamamını geri ödeme kabul ediyorum.
- Mali yardım için uygunluğumu değiştirebilecek herhangi bir değişiklik olursa, Yale New Haven Health hastanesini bilgilendirmeyi kabul ediyorum.
- Mali yardım için başvurumla bağlantılı olarak, Yale New Haven Health hastanesinin yardıma uygunluğumu araştırması için benimle ilgili, (ilgili terimin HIPAA Gizlilik Kuralı, 42 CFR, 160-164. Bu tür açıklamanın HIPAA Gizlilik Kuralı'nda tanımlandığı gibi, ödeme amacıyla olacağını anlıyorum.
- Bölümler'de tanımlandığı şekliyle) "Korunan Sağlık Bilgileri"ni açıklamak zorunda kalabileceğimi anlıyorum.

Başvuruda bulunan kişinin veya yasal vasisinin imzası

Tarih

Başvuranın ya da yasal koruyucunun adı soyadı

Lütfen yaşadığınız eyaletin Medicaid Yardım (Medicaid) başvurunuza ilişkin geçerli, yazılı kararı ve gelir kanıtınızı ya da destek mektubunu mali yardım başvurunuza eklemeyi unutmayınız.

Tamamladığınız başvuruyu aşağıdaki adrese postalayınız:

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