

## ملخص سياسة المساعدة المالية

تدرك Yale New Haven Health أنه قد يكون من الصعب على بعض المرضى دفع فواتيرهم الطبية. لهذا السبب لدينا مجموعة متنوعة من برامج المساعدة المالية المصممة للمساعدة. يجب على المرضى إكمال طلب المساعدة المالية وتقديم المستندات المطلوبة للتحقق من الحاجة المالية.

### الرعاية المجانية

قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية إذا:

- كانت عائلتك تكسب أقل من أو يساوي 2½ مرات من مستوى الفقر الفيدرالي؛ و
- أكملت طلب الحصول على المساعدة المالية

### الرعاية المخفضة

قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مخفضة إذا:

- كانت عائلتك تكسب أقل من أو يساوي 5½ مرات من مستوى الفقر الفيدرالي؛
- كنت غير خاضع للتأمين؛ و
- أكملت طلب الحصول على المساعدة المالية

### المقياس المتدرج

قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مقياس متدرج إذا:

- كانت عائلتك تكسب أقل من أو يساوي 5½ مرات من مستوى الفقر الفيدرالي؛
- لديك تأمين؛ و
- أكملت طلب الحصول على المساعدة المالية

### الأسئلة الشائعة

ما هي مستويات الدخل القصى للتأهل للبرامج؟

للحصول على تفاصيل حول الحد الأقصى لمستويات الدخل لكل برنامج، تفضل بزيارة [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

هل هناك مؤهلات أخرى للمساعدة المالية؟

بالإضافة إلى استيفاء مؤهلات الدخل، يجب أن تكون مواطناً أو مقيماً في الولايات المتحدة حتى تتأهل.

ما الذي تغطيه المساعدة المالية؟

تغطي برامج المساعدة المالية الخاصة بنا حالات الطوارئ وغيرها من الرعاية الطبية الضرورية لفواتير Yale New Haven Health فقط. يمكن العثور على رابط بقائمة مقدمي الخدمات المشمولين على [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

ما هي المدة التي سأكون خلالها مؤهلاً؟

بمجرد الموافقة على الرعاية المجانية أو الرعاية المخفضة أو المقياس المتدرج، ستكون مؤهلاً لمدة 12 شهراً من تاريخ الطلب الحاصل على الموافقة.

كيف سأعرف إذا تمت الموافقة على طلبي؟

سنرد على كل طلب كتابي. إذا تم رفض طلبك، فيمكنك إعادة التقديم في أي وقت. تتوفر أموال إضافية مجانية للأسرة كل عام.

يمكن أن أتصل إذا كانت لدي أي أسئلة؟

لمعرفة المزيد، احصل على نسخة مجانية من سياسة المساعدة المالية والطلب الخاص بنا، أو للمساعدة في إكمال الطلب، اتصل بخدمات المريض المالية والقبول على الرقم 855-547-4584.

### تفاصيل البرنامج الإضافية

#### أموال مقيدة للأسرة

تم التبرع بأموال الأسرة المقيدة لتوفير رعاية مجانية أو مخفضة للأفراد الذين يستوفون معايير التمويل الفردية. قد تكون مؤهلاً لتلقي هذه الأموال لتقليل فاتورتك أو إلغائها إذا كان لديك حاجة مالية مثبتة على النحو الذي يحدده مُرشح الصندوق وكنت تستوفي جميع معايير الأهلية لتلقي الأموال (لكل صندوق معايير فريدة). لا توجد حدود دخل محددة لاستلام أموال الأسرة المقيدة. يتم تحديد الأهلية على أساس كل حالة على حدة من قبل مرشحي الصندوق على أساس الصعوبات المالية. سيتم تلقائياً النظر في حصول جميع المرضى الذين يكملون استمارة المساعدة المالية التابعة لـ YNHHS على أموال الأسرة المقيدة.

### عيادة المريض الخارجي بمستشفى Greenwich Hospital

تقدم عيادة المريض الخارجي بمستشفى Greenwich Hospital رعاية مجانية أو مخفضة للأفراد الذين يتقدمون بطلب للحصول على عضوية العيادة ويتم الموافقة على طلباتهم. إذا لم يكن لديك تأمين، ولم تكن مؤهلاً للحصول على مساعدة الولاية (Medicaid)، فقد تكون مؤهلاً إذا:

1. كنت تقيم في Greenwich
2. كان لديك دخل أسري أقل من أو يساوي 4 أضعاف مستوى الفقر الفيدرالي.

للحصول على مزيد من المعلومات أو للحصول على طلب عيادة المريض الخارجي بمستشفى Greenwich Hospital، يُرجى الاتصال بالرقم 203-863-3334.

### ملاحظة حول البرامج

لن يتم فرض رسوم على المرضى المؤهلين للحصول على مساعدة مالية أكثر من المبلغ الذي يتم فرضه بشكل عام على المرضى الذين لديهم تأمين للطوارئ أو أي رعاية طبية ضرورية أخرى. تتوفر ترجمات لسياسة المساعدة المالية وملخص سياسة المساعدة المالية والطلب الخاص بنا وذلك لفئات معينة ذات إتقان محدود للغة الإنجليزية.

## يمكن استخدام المستندات التالية كدليل على الدخل:

<p>يمكنك إرفاق نسخ من هذه المستندات كدليل على الدخل: (يجب ألا يزيد عمر هذه المستندات عن ستة أشهر، باستثناء أحدث إقرار ضريبي فيدرالي، والذي قد يكون أقدم من ذلك).</p>	<p>إذا كان دخل عائلتك من ...</p>
<p>– اثتان (2) من أحدث كعوب الدفع، أو خطاب من صاحب العمل على ترويسة الشركة يوضح عدد الساعات التي تعمل فيها وكم تكسب في الساعة (قبل الضرائب)</p>	<p><b>الأجور</b> (إذا كنت تتقاضى راتباً أو تتقاضى راتباً بالساعة لوظيفة ما)</p>
<p>– أحدث إقرار لضريبة الدخل الفيدرالية</p>	<p><b>دخل العمل الحر</b> (إذا كنت تعمل لحساب نفسك)</p>
<p>– أحدث خطاب منح مخصصات، أو بيان المخصصات، أو كعوب شيكات الأجر</p>	<p><b>المخصصات</b> (الضمان الاجتماعي، قدامى المحاربين، تعويض العمال، مخصصات البطالة، المعاشات التقاعدية، صناديق التقاعد، دخل الضمان الاجتماعي، النفقة)</p>
<p>– نسخة من عقد الإيجار أو اتفاقية مكتوبة توضح مبلغ الإيجار، أو خطاب مكتوب بواسطتك يوضح مبلغ الإيجار الذي تتلقاه سنوياً</p>	<p><b>الدخل الإيجاري</b></p>
<p>– أحدث إقرار لضريبة الدخل الفيدرالية، أو بيان من مؤسسة مالية يوضح مبلغ وتواتر المدفوعات والمبلغ المدفوع هذا العام حتى تاريخه</p>	<p><b>المخصصات أو توزيعات الأرباح أو المدفوعات السنوية</b></p>
<p>– خطاب من الشخص الذي يعيلك، أو إذا لم يكن لديك شخص يعيلك، فأرسل خطاباً موقعاً ومؤرخاً يشرح وضعك المالي الحالي</p>	<p><b>إذا لم يكن لديك دخل</b></p>

## كيف أتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية؟

لتسهيل التقدم للحصول على المساعدة المالية، تستخدم مستشفى Yale New Haven Health طلباً واحداً لمعظم برامج المساعدة المالية. للتقديم، أكمل الخطوات أدناه.

### الخطوة 1: أكمل الطلب.

الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة والتوقيع على الطلب وتاريخه. إذا كان السؤال لا ينطبق على عائلتك، يرجى كتابة "لا ينطبق" في المساحة المتوفرة.

**الخطوة 2: أرفق إثبات للدخل** بطلبك. إثبات الدخل هو مستند يوضح مقدار الدخل الذي تكسبه أسرتك في الوقت الذي تكمل فيه الطلب. راجع الجدول الموجود على اليسار للتعرف على أنواع المستندات التي يمكن استخدامها.

### الخطوة 3: أرسل الطلب بالبريد أو تفضل بزيارتنا شخصياً.

يُرجى تضمين:

1. الطلب المكتمل والموقع والمؤرخ
2. إثبات الدخل

✉ بالبريد:

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

☎ عبر الفاكس: 203-688-1640

🚶 الحضور شخصياً:

تفضل بزيارتنا في أي من مواقعنا أدناه:

**Bridgeport Hospital**  
267 Grant Street, Bridgeport, CT

**Bridgeport Hospital – Milford Campus**  
300 Seaside Ave, Milford, CT

**Greenwich Hospital**  
5 Perryridge Road, Greenwich, CT

**Lawrence + Memorial Hospital**  
365 Montauk Avenue, New London, CT

**Westerly Hospital**  
25 Wells Street, Westerly, RI

**Yale New Haven Hospital**  
20 York Street, New Haven, CT

**Yale New Haven Hospital – St. Raphael Campus**  
20 York Street, New Haven, CT

لمعرفة المزيد، احصل على نسخة مجانية من سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا، أو للمساعدة في إكمال الطلب



عبر الإنترنت:

[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)



عن طريق الهاتف:

855-547-4584

من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7:30 صباحاً حتى 5:00 مساءً

## طلب الحصول على مخصصات برامج المساعدة المالية

تستخدم Yale New Haven Health طلبًا واحدًا لمعظم برامج المساعدة المالية. من خلال إكمال هذا الطلب، سيتم النظر في حصولك على مخصصات برامج الرعاية المجانية والرعاية المخفضة والمقياس المتدرج وصندوق الأسرة. للحصول على إرشادات حول كيفية التقدم للحصول على المساعدة المالية، يرجى الرجوع إلى الصفحة 2. إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، فاتصل بنا على الرقم 855-547-4584.

### 1. بيانات المريض:

إسم العائلة	الاسم الأول		
عنوان الشارع	تاريخ الميلاد		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف
رقم السجل الطبي (إن وجد)			

2. **معلومات العائلة:** اذكر زوجك/زوجتك و/أو أي أطفال معالين يعيشون في منزلك. لا تقم بتضمين الشركاء غير المتزوجين. إذا كان من الضروري توفير مساحة إضافية، يرجى إرفاق مستند منفصل.

اسم فرد الأسرة	العلاقة بمقدم الطلب	تاريخ الميلاد

### 3. معلومات الدخل:

قم بتضمين معلومات عن جميع مصادر الدخل بالنسبة لك ولزوجك/زوجتك. يجب تقديم معلومات الدخل الخاص بك ولزوجك/زوجتك. قد تشمل مصادر الدخل على سبيل المثال لا الحصر: الأجور/الراتب والنفقة والضمان الاجتماعي ومخصصات البطالة ودخل الإيجار وتعويضات العامل وإعالة الطفل. إذا لم يكن لديك دخل، أرفق خطاب إعالة بطلبك. (انظر التعليمات في الصفحة 2)

عاطل عن العمل/ بدون دخل	المبلغ المكتسب قبل الضرائب	مصادر الدخل	اسم فرد الأسرة
<input type="checkbox"/>	دولار _____ كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	دولار _____ كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	دولار _____ كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/>		

#### 4. التأمين الصحي:

هل أنت مشمول بتغطية بموجب أي بوليصة تأمين صحي، بما في ذلك Medicare أو Medicaid، أو تغطية من بلد أجنبي؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إرفاق نسخة من الوجه الأمامي والخلفي لبطاقة التأمين الخاصة بك بهذا الطلب أو إدخال ما يلي:

اسم حامل البوليصة:	شركة التأمين:	رقم البوليصة:
اسم حامل البوليصة:	شركة التأمين:	رقم البوليصة:

#### 5. يُرجى القراءة بعناية قبل التوقيع:

بتوقيعي أدناه، أشهد أن كل ما ذكرته في هذا الطلب وفي المرفقات صحيح.

- أدرك أن أي معلومات غير صحيحة أو غير كاملة أو خاطئة في هذا النموذج قد تؤدي إلى رفض طلبي للحصول على المساعدة المالية.
- أمتح مستشفى Yale New Haven Health الإذن للتحقق من أي وجميع المعلومات.
- أعطي الإذن لمستشفى Yale New Haven Health لطلب تقرير الانتماء الخاص بي.
- أوافق على سداد المبلغ الكامل لمنحة المساعدة المالية الخاصة بي إذا تلقيت دفعة من أي نوع، بما في ذلك التعويضات من دعوى قضائية، مقابل الخدمات التي يغطيها هذا الطلب.
- أوافق على إبلاغ Yale New Haven Health بأي تغييرات قد تغير أهليتي للحصول على المساعدة المالية.
- أفهم أنه فيما يتعلق بطلبي للحصول على المساعدة المالية، قد تحتاج Yale New Haven Health إلى الكشف عن المعلومات الصحية المحمية (كما هو محدد في قاعدة خصوصية في قانون HIPAA، القسم 42 CFR، الأجزاء من 160 إلى 164) الخاصة بي من أجل تحديد أهليتي.
- أدرك أن أي إفصاح من هذا القبيل سيكون لأغراض الدفع، على النحو المحدد في قاعدة خصوصية HIPAA.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب أو الوصي القانوني

الاسم بأحرف واضحة لمقدم الطلب أو الوصي القانوني

#### تذكر إرفاق إثبات الدخل أو خطاب إعالة مع طلب المساعدة المالية الخاص بك.

أرسل الطلبات المكتملة بالبريد إلى:

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