

Стислий огляд Політики фінансової підтримки

Yale New Haven Health розуміє, що деякі пацієнти можуть мати фінансові труднощі з оплатою медичних рахунків. Тому в нас є різні програми фінансової підтримки для вирішення цієї проблеми. Пацієнти зобов'язані заповнити заявку на отримання фінансової підтримки й надати обов'язкові документи, щоб підтвердити матеріальну неспроможність.

Безкоштовна медична допомога

Ви можете мати право на отримання безкоштовної медичної допомоги, якщо:

- дохід вашої родини не перевищує 2¹/₂-кратний федеральний прожитковий мінімум;
- ви заповнили заявку на отримання фінансової підтримки.

Знижки на медичну допомогу

Ви можете мати право на отримання знижки на медичну допомогу, якщо:

- дохід вашої родини не перевищує 5¹/₂-кратний федеральний прожитковий мінімум;
- ви не маєте страхового покриття;
- ви заповнили заявку на отримання фінансової підтримки.

Змінна шкала

Ви можете мати право на застосування змінної шкали, якщо:

- дохід вашої родини не перевищує 5¹/₂-кратний федеральний прожитковий мінімум;
- ви не маєте страхового покриття;
- ви заповнили заявку на отримання фінансової підтримки.

Поширені запитання

Яким має бути максимальний рівень доходу, щоб мати право брати участь у програмах?

Щоб отримати докладнішу інформацію про максимальні рівні доходу для кожної з програм, відвідайте вебсайт www.ynhhs.org/financialassistance.

Чи є інші вимоги для отримання фінансової підтримки?

Крім вимоги щодо доходу, ви маєте бути громадянином (-кою) або резидентом (-кою) США, щоб мати право на отримання допомоги.

Що покриває програма фінансової підтримки?

Наші програми фінансової підтримки покривають невідкладні й інші випадки надання допомоги з медичних причин на основі рахунків від Yale New Haven Health. Перелік постачальників, послуги яких покриваються в межах програм, можна знайти на вебсторінці www.ynhhs.org/financialassistance.

Протягом якого періоду я матиму право брати участь у програмах?

Після схвалення надання медичної допомоги безкоштовно, зі знижкою або відповідно до змінної шкали ви матимете право на таку підтримку протягом 12 місяців від дати затвердження.

Як я дізнаюся, що мою заявку схвалили?

Ми надаємо письмову відповідь на кожну заявку. Якщо вашу заявку відхилено, ви маєте право будь-коли подати її ще раз. Крім того, щороку формуються фонди на оплату перебування в лікарні осіб із фінансовими труднощами.

До кого я можу звернутися, якщо маю додаткові запитання?

Щоб дізнатися більше, отримати безкоштовну копію нашої Політики фінансової підтримки й заявки або якщо вам потрібна допомога із заповненням заявки, зателефонуйте в службу фінансового обслуговування та госпіталізації пацієнтів за номером **855-547-4584**.

Додаткова інформація про програму Обмежені фондові кошти на оплату перебування в лікарні осіб із фінансовими труднощами

На основі грошових внесків створюються фонди для надання медичної допомоги безкоштовно або зі знижкою особам, що відповідають окремим критеріям такого фонду. Ви можете мати право на отримання цих коштів, щоб зменшити суму рахунка або анулювати його, якщо ви підтвердили фінансову потребу, як це визначено призначеним працівником фонду, і відповідаєте всім вимогам для отримання коштів (кожен фонд має власні критерії). Для отримання обмежених фондових грошей на оплату перебування в лікарні осіб із фінансовими труднощами не встановлено конкретні обмеження щодо доходу. У кожному конкретному випадку призначений працівник фонду визначає право на отримання обмежених фондових коштів, урахувавши рівень фінансових труднощів пацієнта. Заявки на отримання фінансової підтримки YNHHS будуть автоматично розглядатися на відповідність для отримання обмежених фондових коштів на оплату перебування в лікарні осіб із фінансовими труднощами.

Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic надає медичну допомогу безкоштовно або зі знижкою особам, які подали заявку на членство в лікарні й отримали відповідне схвалення. Якщо у вас немає страхового покриття й ви не маєте права на отримання державної допомоги (Medicaid), ви можете мати право на зазначену вище медичну допомогу, якщо ви:

1. мешканець міста Гринвіч;
2. дохід вашої родини не перевищує 4-кратний федеральний прожитковий мінімум.

Щоб отримати додаткову інформацію або заявку Greenwich Hospital Outpatient Clinic, зателефонуйте за номером 203-863-3334.

Примітка щодо програм

Якщо пацієнти мають право на фінансову підтримку, то з них стягуватиметься сума, яку зазвичай сплачують пацієнти зі страховим покриттям за невідкладну й іншу медичну допомогу. Ми підготували переклади Політики фінансової підтримки, стислого огляду такої політики й заявки для пацієнтів із посереднім рівнем володіння англійською мовою.

Як подати заявку на отримання фінансової підтримки?

Щоб спростити процедуру, Yale New Haven Health використовує одну заявку для більшості подібних програм. Виконайте наведені нижче кроки.

Крок 1. Заповніть заявку.

Надайте відповіді на всі запитання, підпишіть заявку й поставте дату. Якщо запитання не стосується вашої родини, напишіть Н/З (не застосовується) у відповідному місці.

Крок 2. Долучіть підтвердження доходу до заявки.

Підтвердження доходу – це документ, що засвідчує суму прибутку, отриманого вашою родиною на момент заповнення заявки. Типи документів, які можна долучити, див. у таблиці праворуч.

Крок 3. Надішліть заявку поштою або передайте її особисто.

Обов'язково долучіть:

1. заповнену, підписану й датовану заявку;
2. документ, що підтверджує дохід.

Електронною поштою

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

Факсом: 203-688-1640

Особисто

Відвідайте будь-яку з наших лікарень за адресою нижче.

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

Додаткова інформація, безкоштовне отримання копії Політики фінансової підтримки й допомога із заповненням заявки



Телефоном

855-547-4584

З понеділка по п'ятницю,
з 7:30 a.m по 5 p.m



У режимі онлайн

www.ynhhs.org/financialassistance

У таблиці нижче наведено документи, які можуть підтвердити дохід пацієнта.

<p>Якщо ваша родина отримує дохід від...</p>	<p>Ви можете долучити копії цих документів як підтвердження доходу. (Такі документи мають бути видані щонайбільше шість місяців тому, єдиним винятком є остання федеральна податкова декларація, дата видачі якої може бути пізнішою.)</p>
<p>Заробітної плати (Якщо ви отримуєте заробітну плату або ваша робота оплачується погодинно)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Дві останні зарплатні відомості. АБО – Лист від вашого роботодавця на фірмовому бланку компанії, у якому слід вказати, скільки годин ви працюєте й скільки заробляєте за години (без вирахування податків).
<p>Самостійної діяльності</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Остання федеральна податкова декларація.
<p>Пільг (Соціальне забезпечення, компенсації ветеранам або працівникам, пільги з безробіття, пенсії, пенсійні фонди, додаткова соціальна допомога (Supplemental Security Income, SSI), аліменти)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Остання довідка про призначення пільг. АБО – Довідка про пільги. АБО – Квитанції про виплату пільг.
<p>Здачі житла в оренду</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Копія договору оренди або письмової угоди, де вказано суму оренди. АБО – Лист, написаний вами, де вказано суму, яку ви отримуєте на рік від здачі житла в оренду.
<p>Відсотків, дивідендів чи щорічних виплат</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Остання федеральна податкова декларація. АБО – Довідка фінансової установи, у якій наведено інформацію про суму й періодичність виплат і суму, виплачену цього року на сьогодні.
<p>Дохід відсутній</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Лист від особи, яка надає вам фінансову допомогу. АБО – Якщо вам ніхто не надає матеріальної підтримки, надішліть нам підписаного й датованого листа з інформацією про ваш поточний фінансовий стан.

Заявка для участі в програмах фінансової підтримки

Yale New Haven Health використовує одну форму для більшості програм із надання фінансової підтримки. Коли ви заповните цю заявку, ми розглянемо вашу кандидатуру для участі в програмах на отримання медичної допомоги безкоштовно, зі знижкою, відповідно до змінної шкали або правил фонду на оплату перебування в лікарні осіб із фінансовими труднощами. Указівки із заповнення цієї заявки див. на сторінці 2. Якщо у вас є запитання щодо заявки, зателефонуйте нам за номером **855-547-4584**.



1. Інформація про пацієнта.

Прізвище		Ім'я	
Вулиця		Дата народження	
Місто	Штат	Індекс	Номер телефону
Номер медичної карти пацієнта (якщо є)			

2. Інформація про родину

Укажіть чоловіка (дружину) і (або) усіх дітей, яких ви забезпечуєте та які проживають разом із вами в будинку. Не слід указувати партнерів, із якими ви не побралися. Якщо місця для відповідної інформації замало, долучіть відповідний документ.

Ім'я члена родини	Ким є для заявника	Дата народження

3. Інформація про дохід

Укажіть інформацію про всі джерела вашого доходу та чоловіка (дружини). Ви зобов'язані вказати інформацію про ваш дохід і чоловіка (дружини). До джерел доходу можуть належати заробітна плата або ставка погодинної оплати, аліменти, соціальне забезпечення, виплати з безробіття, дохід від здачі житла в оренду, компенсації робітникам, допомога для дитини. Перелік не є вичерпним. Якщо у вас немає доходу, долучіть лист про отримання матеріальної підтримки до заявки. Див. указівки на сторінці 2.

Ім'я члена родини	Джерело доходу	Зароблена сума до оподаткування	Немає роботи/ доходу
		Дол. США <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Що два тижні <input type="checkbox"/> Щомісяця	<input type="checkbox"/>
		Дол. США <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Що два тижні <input type="checkbox"/> Щомісяця	<input type="checkbox"/>
		Дол. США <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Що два тижні <input type="checkbox"/> Щомісяця	<input type="checkbox"/>

4. Медичне страхування

Чи маєте ви якесь медичне страхування, зокрема Medicare, Medicaid або медичне страхування іноземної держави?

ТАК НІ

Якщо **так**, долучіть копію лицьової та зворотної сторони карти страхування до цієї заявки й укажіть таку інформацію:

Власник страхової карти:	Страхова компанія:	Номер страхового поліса:
Власник страхової карти:	Страхова компанія:	Номер страхового поліса:

5. Уважно прочитайте, перш ніж підписувати.

Ставлячи підпис нижче, я підтверджую, що вся інформація, надана мною в цій заяві, є правдивою.

- Я розумію, що мою заявку на отримання фінансової підтримки може бути скасовано через будь-яку неправильну, неповну або неправдиву інформацію, наведену в цій формі.
- Я надаю Yale New Haven Health дозвіл на перевірку всієї та будь-якої інформації.
- Я надаю Yale New Haven Health дозвіл на витребування мого звіту про кредитні історії.
- Я погоджуюся виплатити всю суму призначеної фінансової підтримки за надані мені послуги в межах цієї заявки, якщо я отримаю будь-які виплати, зокрема за судовим позовом.
- Я погоджуюсь інформувати Yale New Haven Health про будь-які зміни, що можуть вплинути на моє право отримувати фінансову підтримку.
- Я розумію, що у зв'язку з тим, що я подаю заявку на отримання фінансової підтримки, у працівників Yale New Haven Health може виникнути потреба розкрити захищену інформацію про стан мого здоров'я (відповідно до того, яке визначення цей термін має в положенні щодо конфіденційності закону HIPAA, 42 CFR, частини 160–164), щоб перевірити моє право на участь у програмі.
- Я розумію, що таке розкриття інформації робиться для здійснення виплат, як визначено в положенні щодо конфіденційності закону HIPAA.

Підпис заявника або законного опікуна

Дата

Прізвище й ім'я заявника або законного опікуна друківаними літерами

Не забудьте долучити документ, що підтверджує дохід, або лист про отримання матеріальної підтримки до заявки про отримання фінансової підтримки.

Заповнені заявки надсилати на адресу:

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