

خلاصه پالیسی مساعدت مالی

Yale New Haven Health میداند که پرداخت برخی از صورتحساب های طبی برای برخی از مریضان دشوار است. به همین دلیل است که ما انواع مختلفی از برنامه های مساعدت مالی را داریم که برای کمک به آنها طراحی شده اند. نیاز است تا مریضان یک درخواست مساعدت مالی را تکمیل کرده و اسناد درخواستی را برای تأیید نیازمندی مالی ارائه دهند.

مراقبت های رایگان

شما واجد شرایط برای مراقبت های رایگان خواهید بود در صورتیکه:

- خانواده شما کمتر از یا معادل 2½ برابر سطح فقر فدرال بدست میآورد؛ و
- شما یک درخواست مساعدت مالی را تکمیل می کنید

مراقبت های دارای تخفیف

شما واجد شرایط برای مراقبت های دارای تخفیف خواهید بود در صورتیکه:

- خانواده شما کمتر از یا معادل 5½ برابر سطح فقر فدرال بدست میآورد؛ و
- شما بیمه نشده اید؛ و
- شما یک فرم درخواست مساعدت مالی را تکمیل می کنید

جدول قابل تطبیق

شما واجد شرایط برای مراقبت های دارای تخفیف خواهید بود در صورتیکه:

- خانواده شما کمتر از یا معادل 5½ برابر سطح فقر فدرال بدست میآورد؛ و
- شما بیمه نشده اید؛ و
- شما یک فرم درخواست مساعدت مالی را تکمیل می کنید

سوالات متداول

حداکثر سطح درآمد برای واجد شرایط بودن در این برنامه ها چه مقدار است؟

برای جزئیات بیشتر در مورد سطح حداکثر درآمد هر برنامه، به www.ynhhs.org/financialassistance مراجعه کنید.

آیا سایر قابلیت ها برای مساعدت مالی وجود دارند؟

برای واجد شرایط بودن، علاوه بر داشتن شرایط درآمدی، باید شهروند یا مقیم ایالات متحده باشید.

کدام موارد تحت پوشش مساعدت مالی قرار دارد؟

برنامه های مساعدت مالی ما فقط مراقبت های اضطراری و سایر مراقبت های طبی لازم فقط برای لوایح Yale New Haven Health را مورد پوشش قرار میدهد. یک لینک از لیست ارائه دهندگان مورد پوشش در آدرس اینترنتی ذیل یافت میشود www.ynhhs.org/financialassistance.

برای چه مدتی من واجد شرایط خواهم بود؟

پس از پذیرش برای مراقبت های رایگان یا مراقبت دارای تخفیف، و جدول تطبیق، شما برای 12 ماه از تاریخ درخواست تأیید شده واجد شرایط خواهید بود.

چگونه از تأیید شدن درخواستی خود آگاه خواهم شد؟

ما برای هر یکی از درخواست به طور کتبی پاسخ ارائه خواهیم کرد. در صورتیکه درخواست شما رد شود، می توانید در هر زمان دوباره درخواست کنید. هر سال وجوه مالی رایگان اضافی قابل دسترس میباشد.

در صورت داشتن سوالات دیگر با چه کسی میتوانم تماس بگیرم؟

برای کسب معلومات بیشتر، یک نسخه رایگان از پالیسی مساعدت مالی و درخواست ما کسب کنید، یا برای کمک به تکمیل درخواست، با خدمات مالی و پذیرش به شماره 855-547-4584 تماس بگیرید.

جزئیات برنامه اضافی

وجوه مالی محدود شده

وجوه مالی محدود برای ارائه خدمات رایگان یا تخفیف دار برای افرادی که معیارهای واجد شرایط بودن را تکمیل کرده اند، اهدا شده است. اگر نیاز مالی اثبات شده توسط تعیین کننده تمویل و تمام معیارهای واجد شرایط بودن برای دریافت وجوه تکمیل نموده اید ممکن است واجد شرایط دریافت این وجوه برای کاهش یا پرداخت کامل بیل خود باشید (هر وجوه دارای معیارهای منحصر به فرد است). هیچ نوع محدودیت مشخص درآمد در خصوص دریافت وجوه محدود شده وجود ندارد. دقتیبت واجد شرایط بودن با در نظر داشت مشکلات مالی براساس هر قضیه از طریق تمویل کننده معین میشود. تمامی مریضان که درخواست مساعدت مالی YNHHS را خانه پری میکنند بطور خودکار برای وجوه محدود شده در نظر گرفته خواهند شد.

کلینیک سرپای شفاخانه Greenwich

کلینیک سرپای شفاخانه Greenwich برای افرادی که متقاضی هستند و جهت عضویت در کلینیک تائید شده اند، مراقبت های دارای تخفیف فراهم می کند. اگر بیمه ندارید و واجد شرایط دریافت کمک دولت ایالتی Medicaid نیستید، شما ممکن واجد شرایط باشید در صورتیکه:

1. شما ساکن Greenwich باشید
2. درآمد خانواده شما کمتر از یا معادل 4 برابر سطح فقر فدرال است.

برای معلومات بیشتر یا دریافت درخواست کلینیک سرپای شفاخانه گرینویچ، لطفاً با شماره 203-863-3334 تماس بگیرید.

یک یادداشتی در مورد برنامه ها

مقدار هزینه مریضان واجد شرایط مساعدت مالی بیشتر از مبلغی که به طور کلی برای مریضان دارای بیمه برای حالت اضطراری یا سایر مراقبت های طبی ضروری پرداخت می شود، نخواهد بود. ترجمه های متن پالیسی مساعدت مالی، خلاصه پالیسی مساعدت مالی و درخواستی برای گروه های خاصی که دارای مهارت محدود انگلیسی هستند قابل دسترس میباشد.

چگونه میتوانم برای مساعدت مالی درخواست نمایم؟

برای آسانتر ساختن پروسه درخواست به مساعدت مالی، اداره Yale New Haven Health از یک نوع درخواست برای اکثر برنامه های مساعدت مالی استفاده می کند. جهت درخواست، مراحل ذیل را تکمیل نمایید.

مرحله 1: درخواست را تکمیل نمایید.

لطفاً تمامی سوالات را پاسخ دهید و امضاء و تاریخ را درج نمایید. اگر سوالی برای خانواده شما قابل تطبیق نیست، لطفاً در فضای ارائه شده "N/A" (قابل تطبیق نیست) بنویسید.

مرحله 2: مدرک درآمد را درخواست خود ضمیمه کنید. مدرک درآمد عبارت از سندی است که نشان می دهد خانواده شما در هنگام پر کردن درخواست چقدر درآمد کسب می کنند. جدول در سمت راست را برای انواع اسنادی که ممکن است مورد استفاده قرار گیرد را مشاهده کنید.

مرحله 3: درخواست را از طریق پست یا شخصاً به ما تسلیم کنید.

لطفاً موارد را شامل سازید:
1. درخواست تکمیل شده، امضاء شده و دارای تاریخ
2. مدرک درآمد

✉ از طریق پست:

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

📞 از طریق پست: 203-688-1640

🚶 از طریق شخص:

ما را در هر یکی از موقعیت های ذیل دیدار نمایید:

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

برای دانستن بیشتر، یا کمک جهت تکمیل فورم درخواستی، نسخه رایگان پالیسی مساعدت مالی ما را دریافت نمایید



آنلاین:

www.ynhhs.org/financialassistance



از طریق تلفون:

855-547-4584

M-F 7:30am – 5:00pm

از اسناد زیر به عنوان مدارک درآمد میتواند استفاده شود:

<p>شما ممکن نسخه های این اسناد را به عنوان مدرک درآمد ضمیمه نمایید: (این اسناد نباید قدیمی تر از شش ماه گذشته باشد، به جز آخرین اظهارنامه مالیاتی فدرال شما که ممکن است قدیمی تر باشد.)</p>	<p>در صورتیکه درآمد خانواده شما از... دستمزد ها (اگر معاش بدست می آورید یا دستمزد براساس ساعت برای کار دریافت می کنید)</p>
<p>دو (2) تا از جدیدترین رسید پرداخت معاش، یا مکتوب از کارفرمای شما که در عنوان آن ذکر است چند ساعت کار می کنید و در هر ساعت چقدر درآمد دارید (قبل از مالیات)</p>	<p>دستمزد ها (اگر معاش بدست می آورید یا دستمزد براساس ساعت برای کار دریافت می کنید)</p>
<p>جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال</p>	<p>درآمد شغل آزاد (در صورتیکه برای خود کار میکنید)</p>
<p>مکتوب جدیدترین اعطای امتیاز، یا اظهارنامه امتیازات، یا چک های معاش</p>	<p>امتیازات (مصونیت اجتماعی، نظامی، جبران خسارت کارگران، بیکاری، تقاعد، وجوه بازنشستگی، SSI، نفقه)</p>
<p>نقل از موافقت نامه کتبی یا سند اجاره نشان دهنده مقدار کرایه، یا یک مکتوب نوشته شده توسط شما که نشان دهد شما در هر سال چه مقدار اجاره دریافت میکنید</p>	<p>درآمد براساس اجاره</p>
<p>جدیدترین اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال، یا اظهارنامه موسسه مالی که مبلغ و دفعات پرداخت و مبلغ پرداخت شده در این سال تا به امروز را ذکر کند</p>	<p>سود، سود سهام، یا پرداخت های سالیانه</p>
<p>یک نامه ای از طرف شخص که از شما حمایت می کند، یا در صورتیکه شما شخص حمایت کننده نداشته باشید، یک نامه امضاء شده و دارای تاریخ که توضیح کننده وضعیت فعلی مالی شما باشد ارسال نمایید</p>	<p>در صورتیکه شما هیچ درآمدی نداشته باشید</p>

درخواست برای برنامه های مساعدت مالی

اداره Yale New Haven Health از یک نوع درخواست برای اکثر برنامه های مساعدت مالی استفاده می نماید. با تکمیل این درخواست برای برنامه های مراقبت رایگان، مراقبت دارای تخفیف، جدول تطبیق و کمکی بستری در نظر گرفته خواهید شد. برای راهنمایی در مورد نحوه درخواست مساعدت مالی، لطفاً به صفحه 2 مراجعه کنید. اگر در مورد این درخواست سؤالی دارید، با شماره 855-547-4584 با ما تماس بگیرید.

1. معلومات مریض:

تخلص	اسم
آدرس سرک	تاریخ تولد
شهر	ایالت
	کد پستی
	شماره تیلیفون
شماره تاریخچه طبی (در صورتیکه موجود باشد)	

2. معلومات خانوادگی: اسم زوج و/یا اطفال وابسته که در خانه شما زندگی میکنند. شریکان غیرمتاهل را شامل نسازید. در صورتیکه فضای بیشتر لازم باشد، لطفاً یک سند دیگر را ضمیمه سازید.

نام عضو خانواده	قرابت با درخواست دهنده	تاریخ تولد

3. معلومات در مورد درآمد:

معلومات در مورد تمامی منابع درآمد از خود و زوج تان را شامل سازید. معلومات در مورد درآمد شما و زوج تان باید ارائه گردد. منابع درآمد ممکن است شامل موارد ذیل باشد: دستمزد/معاش، نفقه، مصونیت اجتماعی، بیکاری، درآمد اجاره، غرامت کارگر و حمایت از کودک. اگر هیچ درآمدی ندارید، نامه حمایتی را به درخواستی خود ضمیمه کنید. (رهنمایی ها را در صفحه 2 مشاهده کنید)

نام عضو خانواده	منبع درآمد	مقدار کسب شده قبل از مالیات	بیکار / بدون درآمد
		\$ _____ هفته وار <input type="checkbox"/> هر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهوار <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ هفته وار <input type="checkbox"/> هر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهوار <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ هفته وار <input type="checkbox"/> هر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهوار <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. بیمه صحی:

آیا شما تحت پوشش هر نوع پالیسی بیمه صحی، از جمله Medicare یا Medicaid، یا تحت پوشش یک کشور خارجی قرار دارید؟ بلی نخیر

اگر جواب تان بلی است، لطفاً یک نقل از جلو و عقب کارت بیمه تان به این درخواستی ضمیمه کنید یا موارد ذیل وارد کنید:

دارنده پالیسی:	بیمه کننده:	شماره پالیسی:
دارنده پالیسی:	بیمه کننده:	شماره پالیسی:

5. لطفاً قبل از امضاء به دقت بخوانید:

- با امضای ذیل، من تأیید می کنم که هر آنچه که در این درخواست بیان کردم و هر ضمیمه آن صحیح است.
- من می دانم که هر گونه اطلاعات نادرست، ناقص و نادرست در مورد این فرم می تواند منجر به رد درخواست من برای مساعدت مالی شود.
 - به Yale New Haven Health اجازه می دهم تا هر نوع و همه اطلاعات را بررسی کند.
 - به Yale New Haven Health اجازه می دهم تا گزارش کردیت مرا درخواست نماید.
 - من در صورت دریافت هر نوع پرداخت، از جمله امتیاز دادخواهی، برای خدمات تحت پوشش این درخواست، موافقت می کنم مبلغ کامل جایزه مساعدت مالی خود را بازپرداخت کنم.
 - من موافقم که Yale New Haven Health را در مورد هرگونه تغییرات که می تواند واجد شرایط بودن من برای مساعدت مالی را تغییر دهد، آگاه کنم.
 - من می دانم که در رابطه با درخواست من برای مساعدت مالی، Yale New Haven Health ممکن است به منظور تثبیت واجد شرایط بودن من، باید اطلاعات صحی محافظت شده (طوریکه آن اصطلاح در اصل محرمانه HIPAA، اجزاء 160 الی 42 CFR 164 تعریف گردیده است) را درباره من افشاء سازد.
 - من می دانم که هرگونه افشاء سازی، طوریکه در اصل حفظ محرمانه HIPAA تعریف می گردیده، برای مقاصد پرداخت می باشد.

امضای شخص درخواست کننده یا سرپرست قانونی

تاریخ

اسم نوشته شده شخص درخواست کننده یا سرپرست قانونی

به یاد داشته باشید که همراه با درخواست مساعدت مالی خود، مدرک درآمد یا نامه حمایتی را درج کنید.

درخواستی های تکمیل شده را از طریق پست ارسال کنید به:

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