Buod ng Patakaran sa Tulong Pinansyal

Nauunawaan ng Yale New Haven Health na maaaring mahirap kayanin ng ilang pasyente ang pagbabayad ng kanilang mga medikal na bayarin. Kaya naman mayroon kaming iba't ibang programa ng tulong pinansyal na idinisenyo para makatulong. Kailangang sagutan ng mga pasyente ang aplikasyon para sa tulong pinansyal at magbigay ng hinihiling na mga dokumento para mapatunayan ang pinansyal na pangangailangan.

Libreng pangangalaga

Maaaring karapat-dapat ka para sa libreng pangangalaga kung:

- Ang iyong pamilya ay kumikita ng mas mababa sa o katumbas ng 2½ beses ng Federal Poverty Level; at
- Sasagutan mo ang aplikasyon para sa tulong pinansyal

May diskwentong pangangalaga

Maaaring karapat-dapat ka para sa may diskwentong pangangalaga kung:

- Ang iyong pamilya ay kumikita ng mas mababa sa o katumbas ng 5½ na beses ng Federal Poverty Level;
- Wala kang insurance; at
- Sasagutan mo ang aplikasyon para sa tulong pinansyal

Sliding scale

Maaaring karapat-dapat ka para sa may sliding scale kung:

- Ang iyong pamilya ay kumikita ng mas mababa sa o katumbas ng 5½ na beses ng Federal Poverty Level;
- Mayroon kang insurance; at
- Sasagutan mo ang aplikasyon para sa tulong pinansyal

Mga Madalas na Itinatanong

Anu-ano ang mga maximum na antas ng kita upang maging kwalipikado para sa mga programa?

Para sa mga detalye sa mga maximum na antas ng kita para sa bawat programa, bisitahin ang www.ynhhs.org/financialassitance.

May iba pa bang kwalipikasyon para sa tulong pinansyal?

Dagdag pa sa pagtugon ng mga kwalipikasyon sa kita, dapat kang may kasalukuyang bill o naka-iskedyul na appointment at mamamayan o residente ng Estados Unidos para maging kwalipikado.

Ano ang sakop ng tulong pinansyal?

Ang aming mga programa ng tulong pinansyal ay sumasakop sa emergency at mga iba pang medikal na pangangailangang pangangalaga para lamang sa mga bill ng Yale New Haven Health. Ang link sa listahan ng mga sakop na nagbibigay ng serbisyo ay makikita sa www.ynhhs.org/financialassistance.

Gaano katagal akong magiging karapat-dapat?

Sa sandaling maaprubahan para sa alinman sa Libreng Pangangalaga, May Diskwentong Pangangalaga, o Sliding Scale, magiging karapat-dapat ka ng 12 buwan mula sa petsa ng pagkakaapruba ng aplikasyon.

Paano ko malalaman kung naaprubahan ang aplikasyon ko?

Sasagot kami sa bawat aplikasyon sa pamamagitan ng sulat. Kung tinanggihan ang aplikasyon mo, maaari kang muling mag-apply anumang oras. May magagamit na karagdagang libreng bed fund taun-taon.

Sino ang maaari kong kontakin kung may karagadagan akong tanong?

Para mas malaman pa ang tungkol dito, kumuha ng libreng kopya ng aming Patakaran sa Tulong Pinansyal at aplikasyon, o para sa tulong sa pagsagot ng aplikasyon, kontakin ang Patient Financial and Admitting Services sa 855-547-4584.

Mga Karagdagang Detalye ng Programa

Mga limitadong bed fund

Ang mga limitadong bed fund ay ipinagkaloob para makapagbigay ng libre o may diskwentong pangangalaga sa mga indibidwal na nakakatugon sa mga indibidwal na basehan ng pondo. Maaaring karapat-dapat kang makatanggap ng mga pondong ito para mabawasan o bayarang lahat ang bill mo kung nagpakita ka ng pinansyal na pangangailangan ayon sa natukoy ng nominator ng pondo at nakakatugon ka sa lahat ng mga batayan ng pagiging karapat-dapat para makatanggap ng mga pondo (ang bawat pondo ay may mga natatanging basehan) Walang partikular na mga limistasyon ng kita para makatanggap ng mga limitadong bed fund. Ang pagiging karapat-dapat ay tinutukoy ng mga nominator ng pondo na nagbabase sa pinansyal na problema ng bawat indibidwal na kaso. Ang lahat ng sumagot ng aplikasyon para sa tulong pinansyal ng YNHHS ay awtomatikong isasaalang-alang para sa limitadong bed fund.

Yale New Haven Hospital “Me & My Baby” na Programa

Ang programang ito ay angkop sa mga pasyente ng Yale New Haven Hospital. Ito ay nagbibigay ng walang bayad na mga serbisyo bago ang panganganak, sa oras ng mismong panganganak, at pangkapanganak, at ilang pangangalaga pagkatapos ng panganganak sa mga kwalipikado kung:

1. Nakatira ka sa New Haven County.
2. Wala kang anumang uri ng insurance sa kalusugan.
3. Ang iyong pamilya ay kumikita ng mas mababa o katumbas ng 2½ na beses ng Federal Poverty.
4. Mag-apply ka para sa State Assistance (Medicaid) at makatanggap ng may bisang nakasulat na desisyon.

Para sa karagdagang impormasyon o para humiling ng aplikasyon para sa Yale New Haven Hospital Me & My Baby na Programa, mangyaring makipagkita sa aming mga kinatawan sa Women’s Center o tumawag sa **203-688-5470**.

Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Ang Greenwich Hospital Outpatient Clinic ay nagbibigay ng may diskwentong pangangalaga sa mga indibidwal na nag-apply at naaprubahang maging miyembro ng klinika. Kung wala kang insurance, at hindi karapat-dapat para sa Tulong ng Estado (Medicaid), malamang na karapat-dapat ka kung:

1. Ikaw ay residente ng Greenwich
2. Ang iyong pamilya ay kumikita ng mas mababa o katumbas ng 4 na beses ng Federal Poverty Level.

Para sa mas marami pang impormasyon o para kumuha ng aplikasyon, pakitawagan ang **203-863-3334**.

Paunawa tungkol sa mga programa

Ang mga pasyenteng karapat-dapat para sa tulong pinansyal ay hindi masisingil na higit sa halagang karaniwang sinisingil sa mga pasyenteng may insurance para sa emergency o mga ibang pangangalagang medikal na kailangan. Ang mga pagsasalin ng aming Patakaran sa Tulong Pinansyal, Buod ng Patakaran sa Tulong Pinansyal at Application ay makukuha ng mga partikular na grupo na limitado ang pagkabihasa sa Ingles

Paano ako makakapag-apply para sa tulong pinansyal?

Para mapadali ang pag-a-apply para sa tulong pinansyal, ang Yale New Haven Health ay gumagamit ng iisang aplikasyon para sa karamihan ng mga programa ng tulong pinansyal. Para mag-apply, kumpletuhin ang mga hakbang sa ibaba.

Hakbang1: Sagutan ang aplikasyon.
Pakisagutan ang lahat ng tanong at pirmahan at lagyan ng petsa ang aplikasyon. Kung may tanong na hindi angkop sa iyong pamilya, pakisulat ang "N/A" (hindi angkop) sa inilaang patlang.

Hakbang 2: Maglakip ng katibayan ng kita sa iyong aplikasyon. Ang katibayan ng kita ay isang dokumentong nagpapakita kung magkano ang kinikita ng iyong pamilya sa oras ng pagsagot mo ng aplikasyon. Tingnan ang talaan sa kaliwa para sa mga uri ng dokumentong maaaring gamitin.

Hakbang 3: Ipadala ang aplikasyon o bumisita sa amin nang personal.
Pakisama ang:

1. Nakumpleto, napirmahan at nalagyan ng petsa na aplikasyon
2. Katibayan ng kita

Sa pamamagitan ng koreo:
Yale New Haven Health
SBO, Attn: Financial Assistance
PO BOX 1403
New Haven, CT 06505

Nang personal:
Bisitahin kami sa alinman sa aming mga lokasyon sa ibaba:

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

Para malaman pa ang tungkol dito, kumuha ng libreng kopya ng aming Patakaran sa Tulong Pinansyal, o para sa tulong sa pagsagot ng aplikasyon

Sa pamamagitan ng telepono:
855-547-4584
Lunes-Biyernes 7:30am – 5:00pm

Online:
www.ynhhs.org/financialassistance

Ang mga sumusunod na dokumento ay maaaring gamitin bilang katibayan ng kita:

Kung ang kita ng iyong pamilya ay galing sa…	**Maaari kang maglakip ng mga kopya ng mga dokumentong ito bilang katibayan ng kita:** (Ang mga dokumentong ito ay dapat na hindi hihigit sa anim na buwan ang luma nito, maliban sa pinakabago mong Federal Tax Return, na maaaring mas luma.)
Mga Sahod (Kung kumikita ka ng sahod o binabayaran ng kada oras para sa trabaho)	– Dalawa (2) ng pinakabagong stub ng sahod, **O** – Isang may letterhead ng kumpanya na sulat mula sa iyong pinagtatrabahuhan na nagsasaad kung ilang oras ang iyong trabaho at kung magkano ang iyong kinikita kada oras (bago ang buwis)
Kita sa pagiging self-employed (Kung nagtatrabaho ka para sa iyong sarili)	– Pinakabagong Federal Income Tax Return (dapat na pinirmahan mo)
Mga benepisyo (Social Security, Veteran's, Worker's Compensation, Unemployment, Mga Pensyon, Mga Pondo sa Pagreretiro, SSI, alimony)	– Pnakabagong sulat sa pagbibigay ng mga benepisyo, **O** – Pahayag ng mga Benepisyo, **O** – Mga stub ng tseke
Kita sa upa	– Kopya ng pagpapa-upa o nakasulat na kasunduan na nagpapakita ng halaga ng upa, **O** – Sulat galing sa iyo, nagpapakita ng halaga ng upa na natatanggap mo kada taon
Interes, Dibidendo, o mga Kabarayan ng Annuity	– Pinakabagong Federal Income Tax Return, **O** – Pahayag mula sa pinansyal na institusyon na nagsasaad ng halaga at dalas ng mga pagbayad at halaga ng nabayaran hanggang ngayon sa taong ito
Kung wala kang kita	– Sulat mulat sa taong sumusuporta sa iyo, **O** – Kung walang taong sumusuporta sa iyo, magpadala ng nalagdaan at nalagyan ng petsa na sulat na nagpapaliwanag ng kasalukuyang pinansisyal na katayuan mo

Application sa mga Programa ng Tulong Pinansyal

Yale NewHaven Health

Ang Yale New Haven Health ay gumagamit ng isang aplikasyon para sa karamihan ng mga programa ng tulong pinansyal. Sa pamamagitan ng pagsagot sa aplikasyong ito, ikaw ay isasaalang-alang para sa aming Libreng Pangangalaga, May Diskwentong Pangangalaga, Sliding Scale, at mga programa ng Bed Fund. Para sa mga instruksiyon kung paano mag-apply para sa tulong pinansyal, mangyaring sumangguni sa pahina 2. Kung may anumang tanong ka tungkol sa aplikasyong ito, tawagan kami sa 855-547-4584.

1. Impormasyon ng Pasyente:

Apelyido _____ Pangalan _____

Address _____ Petsa ng Kapanganakan _____

Lungsod _____ Estado _____ Zip Code _____ Numero ng Telepono _____

Numero ng Medikal na Rekord Number (kung mayroon) _____

2. Impormasyon ng Pamilya:

Ilista ang iyong asawa at/o sinumang nakadependeng mga anak na nakatira sa iyong sambahayan. Huwag isama ang kinakasamang kapareha. Kung kailangan pa ng mas maraming susulatan, mangyaring maglakip ng isang hiwalay na pahina.

Pangalan ng miyembro ng pamilya	Kaugnayan sa aplikante	Petsa ng Kapanganakan

3. Impormasyon ng Kita:

Isama ang mga impormasyon sa lahat ng pinanggagalingan ng kita para sa iyo at sa asawa mo. Ang mga impormasyon ng pinanggagalingan ng kita mo at ng asawa mo ay dapat na ilagay. Maaaring kasama sa mga pinanggagalingan ng kita ang, ngunit hindi limitado sa: mga suweldo/sahod, alimony, social security, kawalan ng trabaho, kita sa upa, kabayaran sa pagkakapinsala kaugnay ng trabaho, at suporta sa anak. Kung wala kang kita, maglakip ng sulat ng pagsuporta sa iyong aplikasyon. (Tingnan ang mga tagubilin sa Pahina 2)

Pangalan ng miyembro ng pamilya	Pinanggagalingan ng kita	Halaga ng kinita bago bawasan ng buwis	Walang Trabaho / Walang Kita
		$_____ ☐ Lingguhan ☐ Kada Dalawang Linggo ☐ Buwanan	☐
		$_____ ☐ Lingguhan ☐ Kada Dalawang Linggo ☐ Buwanan	☐
		$_____ ☐ Lingguhan ☐ Kada Dalawang Linggo ☐ Buwanan	☐

4. Insurance sa Kalusugan:

Ikaw ba ay sakop ng anumang polisa ng insurance sa kalusugan, kasama na ang Medicare o Medicaid, sakop mula sa ibang bansa? ☐ OO ☐ HINDI

Kung **oo**, pakilakip ang kopya ng harap at likod ng iyong insurance card sa aplikasyong ito o ilagay ang sumusunod:

May-ari ng Polisa:	**Provider ng insurance:**	**Num. ng Polisa:**
May-ari ng Polisa:	**Provider ng insurance:**	**Num. ng Polisa:**

5. Pakibasang mabuti bago pirmahan:

Sa pamamagitan ng pagpirma sa ibaba, aking pinapatunayan na ang lahat ng aking inilagay sa aplikasyong ito at anumang nakalakip ay totoo.

- Naiintindihan ko na ang anumang hindi tama, hindi kumpleto, o maling impormasyon sa form na ito ay maaaring magresulta sa hindi pagtanggap sa aplikasyon ko sa tulong pinansyal.
- Binibigyan ko ng pahintulot ang Yale New Haven Health para siyasatin ang anuman at lahat ng impormasyon.
- Binibigyan ko ng pahintulot ang Yale New Haven Health para hilingin ang report sa aking utang.
- Sumasang-ayon akong babayaran ko ang buong halaga ng tulong pinansyal na ipinagkaloob sa akin kung nakatanggap ako ang anumang uri, pati na mga kaloob mula sa paghahabla, para sa mga serbisyong sakop ng aplikasyong ito.
- Sumasang-ayon akong sasabihan ang Yale New Haven Health tungkol sa anumang pagbabago na maaaring makapagpabago sa aking pagiging karapat-dapat para sa tulong pinansyal.
- Naiintindihan ko na kaugnay ng aking aplikasyon para sa tulong pinansyal, maaaring kailangang ihayag ng Yale New Haven Health ang Pinoprotektahang Impormasyong Pangkalusugan (o Protected Health Information) (ayon sa kahulugang nasa HIPAA Privacy Rule, 42 CFR sa mga Bahaging 160 hanggang 164) tungkol sa akin para matukoy ang aking pagiging karapat-dapat.
- Naiintindihan ko na ang anumang naturang paghahayag ay para sa mga layunin ng pagbabayad, ayon sa tinukoy sa Tuntunin sa Pagkapribado sa HIPAA.

_____ _____

Pirma ng taong nag-a-apply o legal na tagapag-alaga Petsa

_____

Nakasulat na pangalan ng taong nag-a-apply o legal na tagapag-alaga

Tandaang isama ang katibayan ng kita o sulat ng pagsuporta sa iyong aplikasyon sa tulong pinansyal.

Ipadala ang mga kumpletong aplikasyon sa:

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