

Mali Yardım Politikasının Özeti

Yale New Haven Health, bazı hastalar için tıbbi faturalarını ödemenin zor olabileceğini anlıyor. Bu kişilere yardımcı olmak için tasarlanmış çeşitli mali yardım programlarımız var. Hastaların bir mali yardım başvurusunu doldurmaları ve finansal ihtiyacın doğrulanması için istenen belgeleri sağlaması gerekmektedir.

Ücretsiz bakım

Aşağıdaki durumlarda ücretsiz bakım almaya uygun olabilirsiniz:

- Aileniz Federal Yoksulluk Seviyesinin 2½ katından az veya buna eşit kazanca sahiptir ve
- Bir mali yardım başvurusunu tamamlarsınız

İndirimli bakım

Aşağıdaki durumlarda indirimli bakıma uygun olabilirsiniz:

- Aileniz Federal Yoksulluk Seviyesinin 5½ katından az veya buna eşit kazanca sahiptir;
- Sigortanız yoktur ve
- Bir mali yardım başvurusunu tamamlarsınız

Değişken ölçek

Aşağıdaki durumlarda değişken ölçeye uygun olabilirsiniz:

- Aileniz Federal Yoksulluk Seviyesinin 5½ katından az veya buna eşit kazanca sahiptir;
- Sigortanız vardır ve
- Bir mali yardım başvurusunu tamamlarsınız

Sıkça Sorulan Sorular

Programlara uygunluk için maksimum gelir seviyeleri nelerdir?

Her bir programın maksimum gelir seviyeleriyle ilgili ayrıntılar için www.ynhhs.org/financialassistance adresini ziyaret edin.

Mali yardım için başka değerlendirme kriterleri var mı?

Gelir kriterlerini karşılamanın yanı sıra hak kazanmak için geçerli faturalarınız veya planlanmış bir randevunuz olmalı ve ABD vatandaşı veya mukimi olmanız gerekir.

Mali yardım kapsamında neler var?

Mali yardım programlarımız yalnızca Yale New Haven Health faturaları için acil durum ve diğer gerekli tıbbi bakımı kapsamaktadır. Kapsam dahilindeki sağlayıcılar listesi www.ynhhs.org/financialassistance adresinde yer almaktadır.

Ne kadar süre uygun kalacağım?

Ücretsiz Bakım, İndirimli Bakım veya Değişken Ölçek için onay aldıktan sonra onaylanan başvuru tarihinden itibaren 12 ay boyunca uygun kalırsınız.

Başvurumun onaylanıp onaylanmadığını nasıl bileceğim?

Her bir başvuruya yazılı olarak cevap vereceğiz. Başvurunuz reddedilirse istediğiniz zaman yeniden başvurabilirsiniz. Her yıl ek ücretsiz yatak fonları sunulmaktadır.

Başka sorularım olursa kiminle iletişime geçebilirim?

Daha fazla bilgi edinmek için Mali Yardım Politikamızın ve başvurumuzun ücretsiz bir kopyasını edinebilirsiniz veya bir başvuruyu tamamlama konusunda yardıma ihtiyacınız varsa 855-547-4584 numaralı telefondan Hasta Mali Hizmet ve Kabul Hizmetleri departmanı ile iletişim kurabilirsiniz.

Ek Program Ayrıntıları

Sınırlı yatak fonları

Sınırlı yatak fonları, bireysel fon kriterlerini karşılayan kişilere ücretsiz veya indirimli bakım sağlamak için bağışlanmış fonlardır. Bir fonun atayan kişisi tarafından belirlendiği şekilde kanıtlanmış mali ihtiyacınız varsa ve fonları almak için tüm uygunluk kriterlerini karşılırsanız (her fonun benzersiz kriterleri vardır) faturanızı azaltmak veya ortadan kaldırmak için bu fonları almaya uygun olabilirsiniz. Sınırlı yatak fonlarının alınması için belirli bir gelir sınırı yoktur. Uygunluk, mali sıkıntıya dayalı olarak fonun atayan kişileri tarafından duruma göre belirlenir. YNHHS mali yardım başvurusunu dolduran tüm hastalar, sınırlı yatak fonları için otomatik olarak değerlendirilecektir.

Yale New Haven Hastanesi "Ben ve Bebeğim" Programı

Bu program Yale New Haven Hastanesi hastaları için geçerlidir. Doğum öncesi bakım ve doğum hizmetleri ile doğum sonrası bakımın bir kısmını aşağıdaki durumlarda hak kazananlara ücretsiz sağlar:

1. New Haven İlçesinde yaşıyorsunuzdur.
2. Herhangi bir sağlık sigortanız yoktur.
3. Aileniz Federal Yoksulluk Seviyesinin 2½ katından az veya buna eşit kazanca sahiptir.
4. Eyalet Yardımına (Medicaid) başvurduğunuz ve geçerli bir yazılı karar aldınız.

Daha fazla bilgi veya Yale New Haven Hastanesi Ben ve Bebeğim Programına başvuruda bulunmak için lütfen Kadın Merkezindeki temsilcilerimize başvurun veya **203-688-5470** numaralı telefonu arayın.

Greenwich Hastanesi Polikliniği

Greenwich Hastanesi Polikliniği, kliniğe üyelik başvurusunda bulunan ve üyeliği onaylanan kişilere ücretsiz veya indirimli bakım sağlar. Sigortanız yoksa ve Eyalet Yardımı (Medicaid) için uygun değilseniz aşağıdaki durumlarda uygun olabilirsiniz:

1. Greenwich'te yaşıyorsunuzdur
2. Aileniz Federal Yoksulluk Seviyesinin 4 katından az veya buna eşit kazanca sahiptir.

Daha fazla bilgi almak veya başvuru edinmek için lütfen **203-863-3334** numaralı telefonu arayın.

Programlar hakkında bir not

Mali yardım almaya hak kazanan hastalar, acil durum veya diğer gerekli tıbbi bakım için sigortalı hastalara genellikle faturalanan miktardan fazla ücretlendirilmez. İngilizce yeterliliği sınırlı olan bazı gruplar için Mali Yardım Politikamız, Mali Yardım Politikası Özeti ve Başvurusunun çevirileri mevcuttur.

Mali yardım için nasıl başvurabilirim?

Mali yardım başvurusunu kolaylaştırmak amacıyla Yale New Haven Health, çoğu mali yardım programı için tek bir başvuru kullanmaktadır. Başurmak için aşağıdaki adımları tamamlayın.

Adım 1: Başvuruyu tamamlayın.

Lütfen tüm soruları cevaplayın ve başvuruyu imzalayarak tarih atın. Bir soru aileniz için geçerli değilse lütfen sağlanan alana "N/A" (geçerli değil) yazın.

Adım 2: Başvurunuzun gelir kanıtı ekleyin. Gelir kanıtı, başvurunuzu doldurduğunuz sırada ailenizin ne kadar gelir elde ettiğini gösteren bir belgedir. Kullanılabilecek belge türleri için sağdaki tabloya bakın.

Adım 3: Başvuruyu postalayın veya bizi şahsen ziyaret edin.

Lütfen aşağıdakileri dahil edin:

1. Tamamlanmış, imzalı ve tarihli başvuru
2. Gelir kanıtı

✉ Posta ile:

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



Şahsen:

Aşağıdaki konumlarımızdan herhangi birinde bizi ziyaret edin:

Bridgeport Hastanesi
267 Grant Street, Bridgeport, CT

Bridgeport Hastanesi - Milford Kampüsü
300 Seaside Ave, Milford, CT

Greenwich Hastanesi
5 Perryridge Road, Greenwich, CT

Lawrence + Memorial Hastanesi
365 Montauk Avenue, New London, CT

Westerly Hastanesi
25 Wells Street, Westerly, RI

Yale New Haven Hastanesi
20 York Street, New Haven, CT

Yale New Haven Hastanesi - St. Raphael Kampüsü
20 York Street, New Haven, CT

Daha fazla bilgi almak, Mali Yardım Politikamızın ücretsiz bir kopyasını edinmek veya başvuruyu tamamlama konusunda yardım için iletişim kurun:



Telefon ile:

855-547-4584
Pazartesi-Cuma 7:30 am – 5:00 pm



İnternet üzerinden:

www.ynhhs.org/financialassistance

Aşağıdaki belgeler gelir kanıtı olarak kullanılabilir:

Ailenizin gelir kaynağı ...	Bu belgelerin kopyalarını gelir kanıtı olarak ekleyebilirsiniz: (Bu belgeler, daha eski olabilecek en son Federal Vergi Beyannamesi haricinde altı aydan daha eski olmamalıdır.)
Maaşlar (Bir iş için maaş alıyorsanız veya saate göre ödeme alıyorsanız)	<ul style="list-style-type: none">– Son maaş makbuzlarının ikisi (2) VEYA– İşvereninizden şirketin antetli kağıdına kaç saat çalıştığınızı ve saat başına ne kadar kazandığınızı (vergilere önce) gösteren bir yazı
Serbest meslek geliri (Kendi başınıza çalışıyorsanız)	<ul style="list-style-type: none">– Son Federal Gelir Vergisi Beyannamesi (sizin tarafınızdan imzalanmalıdır)
Sosyal yardımlar (Sosyal Güvenlik, Gazi, İşçi Tazminatı, İşsizlik, Aylıklar, Emeklilik Fonları, Sosyal Güvenlik Kurumu, nafaka)	<ul style="list-style-type: none">– Son sosyal yardım yazısı VEYA– Sosyal Yardım Beyanı VEYA– Çek makbuzları
Kira Geliri	<ul style="list-style-type: none">– Kira miktarını gösteren kira sözleşmesinin veya yazılı sözleşmenin kopyası VEYA– Yıllık olarak aldığınız kira miktarını belirten sizin tarafınızdan yazılmış bir yazı
Faiz, Temettü veya Yıllık Gelir Sigortası Ödemeleri	<ul style="list-style-type: none">– Son Federal Gelir Vergisi Beyannamesi VEYA– Finansal kuruluştan ödemelerin miktarını ve sıklığını ve bu yıl bugüne kadar ödenen tutarı gösteren beyan
Geliriniz yoksa	<ul style="list-style-type: none">– Sizi destekleyen kişiden bir yazı VEYA– Sizi destekleyen bir kişi yoksa mevcut mali durumunuzu açıklayan imzalı ve tarihli bir yazı gönderin

Mali Yardım Programlarına Başvuru

Yale New Haven Health çoğu mali yardım programı için tek bir başvuru kullanır. Bu başvuruyu tamamladığınızda Ücretsiz Bakım, İndirimli Bakım, Değişken Ölçek ve Yatak Fonu programlarımız için değerlendirileceksiniz. Mali yardıma nasıl başvuracağınıza ilişkin talimatlar için lütfen 2. sayfaya bakın. Bu başvuru hakkında herhangi bir sorunuz varsa bizi 855-547-4584 numaralı telefondan arayabilirsiniz.



1. Hasta Bilgileri:

_____	_____	_____	_____
Soyadı	Ad		
_____	_____	_____	_____
Sokak Adres		Doğum Tarihi	
_____	_____	_____	_____
Şehir	Eyalet	Posta Kodu	Telefon Numarası

			Tıbbi Kayıt Numarası (varsa)

2. **Aile Bilgileri:** Eşinizi ve/veya hanenizdeki bakmakla yükümlü olduğunuz çocukları listeleyn. Evli olmadığınız partnerleri dahil etmeyin. Daha fazla yer gerekirse lütfen ayrı bir belge ekleyin.

Aile üyesinin adı	Başvuru sahibiyle ilişkisi	Doğum Tarihi

3. Gelir Bilgileri:

Kendiniz ve eşiniz için tüm gelir kaynakları hakkındaki bilgileri dahil edin. Siz ve eşiniz için gelir bilgileri sağlanmalıdır. Gelir kaynakları, bunlarla sınırlı olmamak üzere şunları içerir: ücretler/maaş, nafaka, sosyal güvenlik, işsizlik, kira geliri, işçi tazminatı ve nafaka. Geliriniz yoksa başvurunuza bir destek yazısı ekleyin. (2. sayfadaki talimatlara bakın)

Aile üyesinin adı	Gelir kaynağı	Vergilerden önce kazanılan tutar	İşsiz/Gelir 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"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Haftalık <input type="checkbox"/> İki Haftalık <input type="checkbox"/> Aylık	<input type="checkbox"/>

4. Sağlık Sigortası:

Medicare veya Medicaid dahil herhangi bir sağlık sigortası veya yabancı bir ülkeden teminat kapsamında mısınız?
 EVET HAYIR

Evet ise lütfen sigorta kartınızın ön ve arka kopyasını bu başvuruya ekleyin veya aşağıdakileri girin:

Police Sahibi:	Sigortacı:	Police No.:
Police Sahibi:	Sigortacı:	Police No.:

5. Lütfen imzalamadan önce dikkatlice okuyun:

Aşağıya imzama atarak bu başvuruda ve eklerinde belirttiğim her şeyin doğru olduğunu onaylıyorum.

- Bu formdaki yanlış veya eksik bilgilerin mali yardım başvurumun reddedilmesine neden olabileceğini anlıyorum.
- Yale New Haven Health'e her türlü bilgiyi doğrulaması için izin veriyorum.
- Yale New Haven Health'e kredi raporumu talep etmesi için izin veriyorum.
- Bu başvurunun kapsadığı hizmetler için bir davadan tazminat da dahil olmak üzere herhangi bir ödeme alırsam mali yardım ödememi tam miktarıyla geri ödemeyi kabul ediyorum.
- Mali yardım için uygunluğumu değiştirebilecek herhangi bir değişiklik hakkında Yale New Haven Health'i bilgilendirmeyi kabul ediyorum.
- Mali yardım başvurumla bağlantılı olarak Yale New Haven Health'in uygunluğumu belirlemek için Korunmalı Sağlık Bilgilerini (bu terimin HIPAA Gizlilik Kuralı, 42 CFR Bölüm 160 ila 164'te tanımlandığı şekliyle) ifşa etmesi gerektiğini anlıyorum.
- Bu tür işlemlerin HIPAA Gizlilik Kuralında tanımlandığı şekilde ödeme amaçlı olacağını anlıyorum.

Başvuran kişinin veya yasal vasinin imzası

Tarih

Başvuran kişinin veya yasal vasinin matbu adı ve soyadı

Mali yardım başvurunuza gelir belgesi veya destek yazısı eklemeyi unutmayın.

Tamamlanan başvuruları şu adrese postayla gönderin:

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