Yale NewHaven Health

# Përmbledhje e Politikës së Asistencës Financiare

Yale New Haven Health është e vetëdijshme se për disa pacientë është e vështirë t'i përballojnë faturat e tyre mjekësore. Kjo është arsyeja pse ne kemi disa programe për asistencë financiare të projektuara për t'ju ardhur në ndihmë. Pacientët duhet të plotësojnë një formular aplikimi për asistencë financiare dhe të dorëzojnë dokumentet e kërkuara për të vërtetuar nevojën e tyre financiare.

### Kujdesi falas

**Ju mund të kualifikoheni për kujdes falas nëse:**

- Familja juaj fiton një shumë më të vogël ose të barabartë me 2½ herë të Nivelit Federal të Varfërisë; dhe
- Ju plotësoni një formular aplikimi për asistencë financiare

### Kujdesi me zbritje

**Ju mund të kualifikoheni për kujdes me zbritje nëse:**

- Familja juaj fiton një shumë më të vogël ose të barabartë me 5½ herë të Nivelit Federal të Varfërisë;
- Ju nuk jeni të siguruar; dhe
- Ju plotësoni një formular aplikimi për asistencë financiare

### Norma e luhatshme

**Ju mund të kualifikoheni për normën e luhatshme nëse:**

- Familja juaj fiton një shumë më të vogël ose të barabartë me 5½ herë të Nivelit Federal të Varfërisë;
- Ju nuk jeni të siguruar; dhe
- Ju plotësoni një formular aplikimi për asistencë financiare

# Pyetje të shpeshta

### Cilat janë nivelet maksimale të të ardhurave për tu kualifikuar për këto programe?

Për detajet për nivelet maksimale të të ardhurave për çdo program, vizitoni faqen www.ynhhs.org/financialassistance.

### A ka kualifikime të tjera për asistencë financiare?

Përveç plotësimit të kualifikimeve për të ardhurat, për t'u kualifikuar ju duhet të keni fatura të fundit ose të keni caktuar një takim dhe të keni shtetësinë ose të jeni rezident në Shtetet e Bashkuara.

### Çfarë mbulon asistenca financiare?

Programet tona të asistencës financiare mbulojnë emergjencat dhe kujdese të tjera të nevojshme mjekësore vetëm për faturat e Yale New Haven Health. Linkun për listën e ofruesve të mbuluar mund ta gjeni në adresën www.ynhhs.org/financialassistance.

### Për sa kohë do të jem i/e kualifikuar?

Në momentin që do të miratoheni për Kujdes falas, Kujdes me zbritje ose Normë të luhatshme, ju do të kualifikoheni për 12 muaj nga data e miratimit të aplikimit.

### Si do të informohem nëse aplikimi im është miratuar?

Ne do të kthejmë përgjigje me shkrim për çdo aplikim. Nëse aplikimi juaj refuzohet, ju mund të aplikoni përsëri në çdo kohë. Çdo vit vendosen në dispozicion fonde për shtretër falas shtesë.

### Kë mund të kontaktoj nëse kam pyetje të tjera?

Për më shumë informacion, për të marrë një kopje pa pagesë të Politikës sonë të Asistencës Financiare dhe të formularit të aplikimit, ose nëse keni nevojë për ndihmë për plotësimin e formularit të aplikimit, kontaktoni Shërbimet Financiare dhe të Pranimit të Pacientit në numrin 855-547-4584.

# Detaje Shtesë të Programit

### Fondet e kufizuara për shtretër

Fondet e kufizuara për shtretër janë dhuruar për të ofruar kujdes falas ose me zbritje për individët që plotësojnë kriteret e veçanta të fondit. Ju mund të kualifikoheni për të përfituar këto fonde për reduktimin ose eliminimin e faturës suaj nëse dëshmoni se keni nevoja financiare siç është përcaktuar nga propozuesi i fondit dhe nëse plotësoni të gjitha kriteret e kualifikimit për përfitimin e këtyre fondeve (secili fond ka kritere unike). Nuk ka limite specifike për të ardhurat për përfitimin e fondeve të kufizuara për shtretër. Kualifikimi përcaktohet rast pas rasti nga propozuesi i fondit në bazë të vështirësisë financiare. Të gjithë pacientët që plotësojnë aplikimin e YNHHS për asistencë financiare do të merren në konsideratë automatikisht për fondet e kufizuara për shtretër.

### Programi “Unë & Foshnja Ime” i Spitalit Yale New Haven

Ky program aplikohet për pacientët e Spitalit Yale New Haven. Programi ofron kujdes prenatal dhe kujdes pas lindjes pa pagesë për të gjithë ata që kualifikohen nëse:

1. Jetoni në kontenë New Haven.
2. Nuk keni asnjë lloj sigurimi shëndetësor.
3. Familja juaj fiton një shumë më të vogël ose të barabartë me 2½ herë të Nivelit Federal të Varfërisë.
4. Ju plotësoni një formular aplikimi “Unë & Foshnja Ime”.

Për më shumë informacion ose për të kërkuar një formular aplikimi për Programin “Unë & Foshnja Ime” të Spitalit Yale New Haven, ju lutemi pyesni ofruesin tuaj ose telefononi numrin **203-688-2481**.

### Klinika Ambulatore e Spitalit të Greenwich

Klinika Ambulatore e Spitalit të Greenwich ofron kujdes me zbritje për individët që aplikojnë dhe që janë miratuar për anëtarësim në klinikë. Nëse nuk jeni të siguruar dhe nuk kualifikoheni për Ndihmë Shtetërore (Medicaid), ju mund të kualifikoheni nëse:

**1.** Jeni rezident në Greenwich
**2.** Keni të ardhura familjare në një shumë më të vogël ose të barabartë me 4 herë të Nivelit Federal të Varfërisë.

Për më shumë informacion ose për të marrë një formular aplikimi, ju lutemi telefononi numrin **203-863-3334**.

### Shënim për programet

Pacientët që kualifikohen për asistencë financiare nuk do të faturohen më shumë se shuma që paguajnë përgjithësisht pacientët e siguruar për emergjenca apo për kujdese të tjera të nevojshme mjekësore. Versioni i përkthyer i Politikës sonë të Asistencës Financiare, Përmbledhjes së Politikës së Asistencës Financiare dhe Formularit të Aplikimit është i disponueshëm për disa grupe me njohuri të kufizuara të gjuhës angleze.

## Si të aplikoj për asistencë financiare?

Për ta bërë më të lehtë aplikimin për asistencë financiare, Yale New Haven Health përdor një formular aplikimi për shumicën e programeve të asistencës financiare. Për të aplikuar, plotësoni hapat më poshtë.

**Hapi 1: Plotësoni aplikimin.**
Ju lutemi përgjigjuni të gjitha pyetjeve dhe nënshkruani dhe vendosni datën në aplikim. Nëse ndonjë pyetje nuk aplikohet për familjen tuaj, ju lutemi shkruani "N/A" (jo i disponueshëm) në hapësirën e dhënë.

**Hapi 2: Bashkëlidhni dëshmi të të ardhurave** në aplikimin tuaj. Dëshmi e të ardhurave është një dokument që dëshmon sa të ardhura fiton familja juaj në kohën që keni plotësuar aplikimin. Shihni tabelën në të djathtë për llojet e dokumenteve që mund të përdoren.

**Hapi 3: Dërgojeni aplikimin me postë ose na vizitoni personalisht.**
Ju lutemi të përfshini:

1. Aplikimin e plotësuar të nënshkruar dhe me datë
2. Dëshmi të të ardhurave

**Me postë:**

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

**Personalisht:**
Na vizitoni në çdonjërën prej vendndodhjeve tona më poshtë:

**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

## Për më shumë informacion, për të marrë një kopje pa pagesë të Politikës sonë të Asistencës Financiare, ose nëse keni nevojë për ndihmë për plotësimin e formularit të aplikimit

**Me telefon:**
855-547-4584
M-F 7:30pd – 5:00md

**Online:**
www.ynhhs.org/financialassistance

## Dokumentet e mëposhtme mund të përdoren si dëshmi për të ardhurat:

| **Nëse të ardhurat e familjes suaj janë nga…** | **Ju mund të bashkëlidhni kopje të këtyre dokumenteve si dëshmi të të ardhurave:** (Këto dokumente duhet të jenë lëshuar brenda gjashtë muajve, përveç deklaratës suaj më të fundit të Taksave Federale, e cila mund të jetë lëshuar më parë.) |
|---|---|
| **Pagesa me orë** (Nëse jeni me rrogë ose paguheni me orë për një punë) | – Dy (2) nga listë pagesat më të fundit që detajojnë pagën, **OSE**<br>– Një letër zyrtare nga punëdhënësi juaj ku deklarohen orët e punës dhe pagesa për orë pune (përpara taksave) |
| **Të ardhura nga vetë punësimi** (Nëse jeni të vetë-punësuar) | – Deklaratën Tatimore Federale (Federal Income Tax) më e fundit e Të Ardhurave Federale (duhet të jetë e nënshkruar nga ju) |
| **Përftimet** (Sigurime Shëndetësore, Pagesë për Status Veterani, Pagesë për Status Punëtori, Pagesë Papunësie, Pensione, Fonde për Dalje në Pension, Të Ardhura të Sigurimit Suplementar (SSI), ndihmë ushqimore) | – Letrën më të fundit të pagesës ë përfitimeve, **OSE**<br>– Deklaratën e Përfitimeve, **OSE**<br>– Kuponët e çeqeve |
| **Të ardhura nga qiraja** | – Kopje të qirasë ose marrëveshjen me shkrim ku dëshmohet shuma e qirasë, **OSE**<br>– Një letër të shkruar nga ju ku dëshmohet shuma e qirasë vjetore që përfitoni |
| **Interesa, Dividendë ose Pagesa për Pensione Vjetore** | – Deklaratën Tatimore Federale (Federal Income Tax) më e fundit të Të Ardhurave Federale, **OSE**<br>– Deklaratë nga institucioni financiar ku deklarohet shuma dhe frekuenca e pagesave dhe shuma e paguar këtë ditë deri në datën aktuale |
| **Nëse nuk keni asnjë të ardhur** | – Një letër nga personi që ju mbështet, **OSE**<br>– Nëse ju nuk keni asnjë person që ju mbështet, dërgoni një letër me firmë dhe me datë ku të jepni shpjegime për situatën tuaj financiare |

## Aplikimi për Programet e Asistencës Financiare

Yale New Haven Health përdor një formular aplikimi për shumicën e programeve të asistencës financiare. Duke plotësuar këtë aplikim, ju do të merreni në konsideratë për programet tona të Kujdesit falas, Kujdesit me zbritje, Normës së luhatshme dhe Fondeve për shtretër. Për udhëzime se si të aplikoni për asistencë financiare, ju lutemi referojuni faqes 2. Nëse keni ndonjë pyetje rreth këtij aplikimi, na telefononi në numrin 855-547-4584.

Yale NewHaven Health

### 1. Informacione për pacientin:

Mbiemri _____ Emri _____

Adresa e rrugës _____ Datëlindja _____

Qyteti _____ Shteti _____ Kodi Postar _____ Numri i Telefonit _____

Numri i Të Dhënave Mjekësore (nëse ka) _____

### 2. Informacione për familjen: Rendisni bashkëshortin tuaj dhe/ose fëmijët nën varësinë tuaj që jetojnë me ju.

Mos përfshini partnerët pa celebrim. Nëse keni nevojë për më shumë hapësirë, ju lutemi bashkëlidhni një dokument shtesë.

| Emri i anëtarit të familjes | Marrëdhënia me aplikantin | Datëlindja |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

### 3. Informacione për të ardhurat:

**Përfshini informacione për të gjitha burimet e të ardhurave tuaja dhe të bashkëshortit tuaj. Informacionet për të ardhurat tuaja dhe të bashkëshortit tuaj duhet patjetër të shënohen.** Burimet e të ardhurave mund të përfshijnë por nuk kufizohen me: pagesat me orë/rrogat, ndihmat ushqimore, sigurimet shoqërore, pagesat e papunësisë, të ardhurat nga qiraja, pagesat për status punëtori dhe mbështetjen për fëmijët. Nëse nuk keni të ardhura, bashkëlidhni një letër mbështetëse në formularin tuaj të aplikimit. (Shih udhëzimet në faqen 2)

| Emri i anëtarit të familjes | Burimi i të ardhurave | Shuma e fituar përpara taksave | I papunë / Pa të ardhura |
|---|---|---|---|
| | | $_____ ☐ Çdo javë ☐ Çdo dy javë ☐ Çdo muaj | ☐ |
| | | $_____ ☐ Çdo javë ☐ Çdo dy javë ☐ Çdo muaj | ☐ |
| | | $_____ ☐ Çdo javë ☐ Çdo dy javë ☐ Çdo muaj | ☐ |

## 4. Sigurimi Shëndetësor:

A jeni të mbuluar me ndonjë politikë të sigurimit shëndetësor, duke përfshirë “Medicare” ose “Medicaid”, ose mbulim nga ndonjë vend i huaj? ☐ PO ☐ JO

Nëse **po**, ju lutemi bashkëlidhni këtij formulari aplikimi një kopje të pjesës së përparme dhe të pasme të kartës së sigurimit ose shënoni informacionet e mëposhtme:

| | | |
|---|---|---|
| **Titullari i Politikës:** | **Siguruesi:** | **Politika nr.:** |
| **Titullari i Politikës:** | **Siguruesi:** | **Politika nr.:** |

## 5. Ju lutemi lexoni me kujdes përpara se të nënshkruani:

Duke nënshkruar më poshtë, unë vërtetoj se çdo informacion që kam deklaruar në këtë formular aplikimi dhe se çdo dokument bashkëlidhur është i vërtetë.

- Unë kuptoj se çdo informacion i pasaktë, i paplotë ose i rremë në këtë formular mund të sjellë refuzimin e aplikimit tim për asistencë financiare.
- Unë i jap Yale New Haven Health pëlqimin tim të verifikojë të gjitha dhe çdo informacion.
- Unë i jap Yale New Haven Health pëlqimin tim të kërkojë raportin tim të kreditit.
- Unë bie dakord të shlyej shumën e plotë të përfitimit tim të asistencës financiare nëse marr ndonjë pagesë të çdo lloji, duke përfshirë edhe përfitimet nga ndonjë padi, për shërbimet e mbuluara në këtë aplikim.
- Unë bie dakord të informoj Yale New Haven Health për çdo ndryshim që mund të ndryshojë kualifikimin tim për asistencë financiare.
- Unë kuptoj se në lidhje me aplikimin tim për asistencë financiare, Yale New Haven Health mund të duhet të japë Informacione Shëndetësore të Mbrojtura (pasi ky kusht është përcaktuar në Rregulloren e Privatësisë së HIPAA, 42 Kodi i Rregulloreve Federale (CFR) Pjesët nga 160 deri në 164) për mua, me qëllim që të vendosë për kualifikimin tim.
- Unë kuptoj se çdo informacion i tillë i dhënë do të jetë për qëllime pagese, siç përcaktohet në Rregulloren e Privatësisë së HIPAA.

_____ _____

Nënshkrimi i personit që aplikon ose kujdestarit ligjor Data

_____

Emri me shkronja të mëdha të personit që aplikon ose kujdestarit ligjor

**Mos harroni të përfshini dëshmi të të ardhurave ose një letër mbështetëse në formularin tuaj të aplikimit për asistencë financiare.**

**Dërgoni me postë formularin e plotësuar të aplikimit në:**

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