

خلاصه خط مشی کمک مالی

Yale New Haven Health درک می‌کند که ممکن است پرداخت هزینه صورت‌حساب درمان برای برخی از بیماران دشوار باشد. به همین دلیل است که ما مجموعه‌ای مختلف از برنامه‌های کمک مالی برای کمک به شما داریم. بیماران ملزم هستند درخواست کمک مالی را تکمیل کنند و مدارک درخواستی را برای تأیید نیاز مالی ارائه دهند.

خدمات درمانی رایگان

ممکن است واجد شرایط خدمات درمانی رایگان باشید اگر:

- درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی 2/2 برابر خط فقر فدرال باشد؛ و
- درخواست کمک مالی را تکمیل کنید

خدمات درمانی مشمول تخفیف

ممکن است واجد شرایط خدمات درمانی مشمول تخفیف باشید اگر:

- درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی 5/2 برابر خط فقر فدرال باشد؛ و
- بیمه نداشته باشید؛ و
- درخواست کمک مالی را تکمیل کنید

مقیاس متغیر [جدول تطبیق هزینه با درآمد]

ممکن است واجد شرایط مقیاس متغیر باشید اگر:

- درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی 5/2 برابر خط فقر فدرال باشد؛ و
- بیمه نداشته باشید؛ و
- درخواست کمک مالی را تکمیل کنید

پرسش‌های متداول

حداکثر میزان درآمد برای داشتن شرایط استفاده از این برنامه‌ها

چقدر است؟

برای اطلاعات از جزئیات حداکثر میزان درآمد هر برنامه، از

www.ynhhs.org/financialassistance دیدن کنید.

آیا شرایط دیگری برای دریافت کمک مالی وجود دارد؟

علاوه بر داشتن شرایط درآمد، باید صورت‌حساب‌های فعلی و نوبت داشته باشید و شهروند یا مقیم ایالات متحده باشید تا واجد شرایط استفاده از این برنامه‌ها باشید.

چه مواردی تحت پوشش کمک مالی است؟

برنامه‌های کمک مالی خدمات اورژانس و سایر خدمات درمانی دارای ضرورت پزشکی فقط برای صورت‌حساب‌های Yale New Haven Health را پوشش می‌دهد. پیوندی به فهرست ارائه‌دهندگان تحت قرارداد را می‌توان در www.ynhhs.org/financialassistance مشاهده کرد.

چه مدت واجد شرایط خواهیم بود؟

زمانی که خدمات درمانی رایگان، خدمات درمانی مشمول تخفیف یا مقیاس متغیر تأیید شد، به مدت 12 ماه از تاریخ تأیید درخواست واجد شرایط خواهید بود.

چگونه متوجه شوم که با درخواست من موافقت شده است؟

ما به طور کتبی به هر درخواست پاسخ می‌دهیم. اگر درخواست رد شود، می‌توانید در هر زمانی دوباره درخواست دهید. هر سال بودجه بیشتری برای تخت رایگان در نظر گرفته می‌شود.

اگر پرسش بیشتری داشته باشیم با چه کسی می‌توانم تماس بگیرم؟

برای کسب اطلاعات بیشتر، یک نسخه رایگان از خط مشی و درخواست کمک مالی را دریافت کنید یا برای کمک در تکمیل درخواست، با بخش خدمات مالی و پذیرش بیمار به شماره 855-547-4584 تماس بگیرید.

سایر جزئیات برنامه

وجوه محدود تخت

وجوه محدود تخت برای ارائه خدمات درمانی رایگان یا خدمات درمانی مشمول تخفیف به افرادی که واجد شرایط معیارهای مالی هستند، اهدا شده است. ممکن است واجد شرایط دریافت این وجوه برای کاهش مبلغ یا حذف صورت‌حساب باشید اگر طبق تشخیص معرف صندوق نیاز مالی خود را اثبات کرده باشید و تمامی شرایط لازم برای دریافت وجوه را داشته باشید (هر صندوق شرایط خاص خود را دارد). هیچ سقف درآمدی خاصی برای دریافت وجوه محدود تخت وجود ندارد. تعیین صلاحیت به صورت موردی و توسط معرفان صندوق بر اساس شرایط مالی دشوار انجام می‌شود. کلیه بیمارانی که درخواست کمک مالی YNHHS را تکمیل کنند به طور خودکار برای وجوه محدود تخت در نظر گرفته می‌شوند.

برنامه «من و نوزادم» (Me & My Baby) از

Yale New Haven Hospital

این برنامه برای بیماران Yale New Haven Hospital در دسترس است. طی این برنامه، خدمات پیش از زایمان و برخی خدمات پس از زایمان به صورت رایگان به افراد واجد شرایط ارائه می‌شود اگر:

1. در کانتی نیو هیون زندگی کنید.
2. هیچ گونه بیمه درمانی نداشته باشید.
3. درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی 2/2 برابر خط فقر فدرال باشد (جدول حداکثر درآمد را ببینید).
4. فرم درخواست «من و نوزادم» (Me & My Baby) را تکمیل کنید.

برای دریافت اطلاعات بیشتر یا فرم درخواست ویژه برنامه «من و نوزادم» (Me & My Baby) از Yale New Haven Hospital، لطفاً از ارائه‌دهنده خود بپرسید یا با 203-688-2481 تماس بگیرید.

کلینیک سرپایی Greenwich Hospital

کلینیک سرپایی Greenwich Hospital خدمات درمانی رایگان یا خدمات درمانی مشمول تخفیف را به افرادی ارائه می‌دهد که برای عضویت کلینیک درخواست کنند و عضویت آنها تأیید شود. اگر بیمه ندارید و واجد شرایط کمک دولتی (Medicaid) نیستید، ممکن است واجد شرایط باشید اگر:

1. ساکن Greenwich باشید
2. درآمد خانواده شما کمتر یا مساوی 4 برابر خط فقر فدرال باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر یا دریافت فرم درخواست، لطفاً با 203-863-3334 تماس بگیرید.

نکته‌ای درباره برنامه‌ها

صورت‌حساب بیماران واجد شرایط کمک مالی بیشتر از صورت‌حسابی که معمولاً به بیماران دارای بیمه برای خدمات درمانی اورژانسی یا سایر خدمات با ضرورت پزشکی داده می‌شود، نخواهد بود. ترجمه خط مشی کمک مالی ما، خلاصه خط مشی کمک مالی و درخواست کمک مالی برای گروه‌های خاص با تسلط محدود به انگلیسی در دسترس است.

آیا تحت پوشش بیمه درمانی شامل Medicare یا Medicaid یا بیمه کشوری خارجی هستید؟ بله خیر

اگر پاسخ است، لطفاً یک کپی از پشت و روی کارت بیمه خود به این درخواست ضمیمه کنید یا اطلاعات زیر را وارد کنید:

- اینجانب با امضاء این درخواست تصدیق می‌کند که همه مطالبی را که در این درخواست و ضمیمه‌های آن ذکر کرده‌ام، صحیح است.
- اینجانب می‌دانم که هر گونه اطلاعات اشتباه، ناقص یا غلط در این فرم می‌تواند به رد شدن درخواست من برای کمک مالی منجر شود.
 - من به Yale New Haven Health اجازه می‌دهم تا صحت تمامی اطلاعات را بررسی کند.
 - من به Yale New Haven Health اجازه می‌دهم تا گزارش اعتبار من را درخواست کند.
 - من موافقت می‌کنم که در صورت دریافت هر گونه وجه شامل وجوه اعطایی ناشی از دادرسی بابت خدمات تحت پوشش این درخواست، مبلغ کمک مالی اعطایی را به طور کامل استرداد کنم.
 - من موافقت می‌کنم که هر گونه تغییر در شرایط صلاحیت من برای دریافت کمک مالی را به Yale New Haven Health اطلاع دهم.
 - من درک می‌کنم که در رابطه با درخواست خود برای کمک مالی، ممکن است لازم باشد Yale New Haven Health اطلاعات حفاظت شده پزشکی (طبق تعریف قاعده حریم خصوصی 42 CFR، HIPAA بخش‌های 160 تا 164) من را برای تعیین صلاحیت من افشا کند.
 - من می‌دانم که هر گونه افشاء اطلاعات برای مقاصد مربوط به پرداخت طبق تعریف قاعده حریم خصوصی HIPAA خواهد بود.

امضاء متقاضی یا قیم قانونی _____ تاریخ _____

نام متقاضی یا قیم قانونی با حروف بزرگ و خوانا _____

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