

Resumen de la Política de ayuda financiera

Yale New Haven Health entiende que, para algunos pacientes, puede ser difícil pagar sus facturas médicas. Por eso tenemos distintos programas de ayuda financiera diseñados para ayudarlos. Los pacientes deben completar una solicitud de ayuda financiera y presentar los documentos que se piden para verificar su necesidad de ayuda financiera.

Atención gratuita

Puede ser elegible para recibir atención gratuita si:

- Los ingresos de su familia son iguales o inferiores a 2.5 veces el Índice Federal de Pobreza.
- Presenta una solicitud de ayuda financiera.

Atención con descuento

Puede ser elegible para recibir atención con descuento si:

- Los ingresos de su familia son iguales o inferiores a 5.5 veces el Índice Federal de Pobreza.
- No tiene seguro.
- Presenta una solicitud de ayuda financiera.

Escala variable

Puede ser elegible para la escala variable si:

- Los ingresos de su familia son iguales o inferiores a 5.5 veces el Índice Federal de Pobreza.
- Tiene seguro.
- Presenta una solicitud de ayuda económica.

Preguntas frecuentes

¿Cuáles son los niveles máximos de ingresos para calificar para los programas?

Para obtener más información sobre los niveles máximos de ingresos para cada programa, visite www.ynhhs.org/financialassistance.

¿Hay otros requisitos para recibir ayuda financiera?

Además de cumplir los requisitos de ingresos, para calificar, debe tener facturas actuales o una cita programada, y debe ser ciudadano o residente de los Estados Unidos.

¿Qué cubre la ayuda financiera?

Nuestros programas de ayuda financiera cubren la atención de emergencia y otros tipos de atención necesaria por razones médicas que se incluyan en las facturas de Yale New Haven Health únicamente. Puede encontrar un enlace a la lista de los proveedores cubiertos en www.ynhhs.org/financialassistance.

¿Durante cuánto tiempo será elegible?

Una vez que lo aprueben para la atención gratis, la atención con descuento o la escala variable, será elegible durante 12 meses a partir de la fecha de la solicitud aprobada.

¿Cómo sabré si se aprueba mi solicitud?

Responderemos a cada solicitud por escrito. Si se rechaza su solicitud, puede volver a presentarla en cualquier momento. Todos los años hay más fondos para camas gratuitas.

¿Con quién puedo comunicarme si tengo más preguntas?

Para saber más, obtener una copia gratis de nuestra Política de ayuda financiera y de la solicitud o recibir ayuda para presentar una solicitud, comuníquese con Servicios Financieros y de Ingresos para Pacientes llamando al 855-547-4584.

Más información sobre los programas Fondos restringidos para camas

Se han donado fondos restringidos para camas para dar atención gratis o con descuento a las personas que cumplen los criterios para recibir fondos específicos. Usted puede ser elegible para recibir estos fondos para reducir o descartar su factura si demostró que tiene necesidades financieras, según lo determine un nominador del fondo, y si cumple todos los criterios de elegibilidad para recibir fondos (cada fondo tiene criterios únicos). No hay límites de ingresos específicos para recibir los fondos restringidos para camas. Los nominadores del fondo determinan la elegibilidad de cada caso según las dificultades financieras. Todos los pacientes que llenen la solicitud de ayuda financiera de Yale New Haven Health System (YNHHS) serán considerados de forma automática para recibir los fondos restringidos para camas.

Programa “Mi Bebé y Yo” de Yale New Haven Hospital

Este programa se aplica a las pacientes de Yale New Haven Hospital. Ofrece atención prenatal y algunos servicios de atención posparto gratis para las pacientes que califiquen si:

1. Viven en el condado de New Haven.
2. No tienen ningún tipo de seguro médico.
3. Los ingresos de su familia son inferiores o iguales a 2.5 veces el Índice Federal de Pobreza.
4. Completa un formulario de solicitud Mi Bebé y Yo.

Para tener más información o pedir una solicitud para el programa Mi Bebé y Yo de Yale New Haven Hospital, consulte al proveedor o llame al **203-688-2481**.

Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic ofrece atención con descuento a las personas que solicitan y se aprueba su membresía de la clínica. Si no tiene seguro ni es elegible para recibir ayuda estatal (Medicaid), puede ser elegible si:

1. Es residente de Greenwich.
2. Los ingresos de su familia son inferiores o iguales a 4 veces el Índice Federal de Pobreza.

Para pedir más información u obtener una solicitud, llame al **203-863-3334**.

Nota sobre los programas

A los pacientes elegibles para recibir ayuda financiera no se les cobrará más que la cantidad que generalmente se les factura a los pacientes con seguro por la atención de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas. Se ofrecen traducciones de nuestra Política de ayuda financiera, del resumen de la Política de ayuda financiera y de la solicitud a determinados grupos que tengan un dominio limitado del inglés.

¿Cómo puedo solicitar ayuda financiera?

Para facilitar la solicitud de ayuda financiera, Yale New Haven Health usa una sola solicitud para la mayoría de los programas de ayuda financiera. Para presentar una solicitud, siga los pasos que se indican abajo.

Paso 1: Complete la solicitud.

Responda todas las preguntas, firme y feche la solicitud. Si una pregunta no se aplica a su familia, escriba "N/A" (no aplica) en el espacio provisto.

Paso 2: Adjunte un comprobante de ingresos a su solicitud. El comprobante de ingresos es un documento que indica los ingresos de su familia en el momento en que llene la solicitud. Consulte la tabla de la derecha para ver los tipos de documentos que se pueden usar.

Paso 3: Envíe la solicitud por correo o entréguela en persona.

Incluya:

1. La solicitud completa, firmada y fechada.
2. Comprobante de ingresos.

Por correo:

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



En persona:

Visítenos en cualquiera de los lugares que se indican abajo:

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 pedir más información, obtener una copia gratis de nuestra Política de ayuda financiera o recibir ayuda para presentar una solicitud



Teléfono:

855-547-4584
Lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:00 p. m.



Sitio web:

www.ynhhs.org/financialassistance

Se pueden usar estos documentos como comprobante de ingresos:

<p>Si los ingresos de su familia provienen de...</p>	<p>Puede adjuntar copias de estos documentos como comprobante de ingresos: (Estos documentos no deben tener más de seis meses de antigüedad, excepto su última declaración de impuestos federales, que puede ser más antigua).</p>
<p>Salarios (Si recibe un salario o le pagan por hora por su trabajo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Los dos (2) últimos recibos de sueldo, O – Una carta de su empleador con el membrete de la compañía en la que se indique cuántas horas trabaja y cuánto gana por hora (antes de impuestos)
<p>Ingresos por trabajo autónomo (Si trabaja por cuenta propia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Última declaración del impuesto federal sobre la renta (debe estar firmada por usted)
<p>Beneficios (Seguro Social, compensación para veteranos, indemnización por accidentes laborales, seguro de desempleo, pensiones, fondos de jubilación, Seguridad de Ingreso Suplementario [Supplemental Security Income, SSI], pensión alimentaria)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Última carta de otorgamiento de beneficios, O – Declaración de beneficios, O – Recibos de pago
<p>Ingresos por alquiler</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Copia del contrato de alquiler o acuerdo por escrito en el que se indique la cantidad del alquiler, O – Una carta escrita por usted en la que indique la cantidad que recibe por año en concepto de alquiler
<p>Pagos de intereses, dividendos o anualidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Última declaración de impuestos federales sobre ingresos, O – Declaración de una institución financiera en la que se indique la cantidad y la frecuencia de los pagos, y la cantidad pagada este año hasta la fecha
<p>Si no tiene ingresos</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Una carta de la persona que lo mantiene, O – Si no lo mantienen, una carta con su firma y la fecha en la que explique su situación financiera actual

Solicitud para los programas de ayuda financiera

Yale New Haven Health usa una sola solicitud para la mayoría de los programas de ayuda financiera. Si presenta esta solicitud, lo considerarán para nuestros programas de atención gratuita, atención con descuento, escala variable y fondos para camas. Para obtener instrucciones sobre cómo solicitar la ayuda financiera, consulte la página 2. Si tiene preguntas sobre esta solicitud, llámenos al 855-547-4584.



1. Información del paciente:

_____		_____	
Apellido	Nombre		
_____		_____	
Dirección		Fecha de nacimiento	
_____		_____	
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
_____			_____
			Número de expediente médico (si tiene)

2. Información de la familia:

Mencione a su cónyuge o a sus hijos dependientes que vivan en su casa. No incluya parejas de hecho. Si necesita más espacio, adjunte un documento por separado.

Nombre del familiar	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento

3. Información sobre ingresos:

Incluya información sobre todas sus fuentes de ingresos y las de su cónyuge. Debe presentar información sobre sus ingresos y los de su cónyuge. Las fuentes de ingresos pueden incluir, entre otras, sueldos/salarios, pensión alimentaria, Seguro Social, seguro de desempleo, ingresos por alquiler, indemnización por accidentes laborales y manutención infantil. Si no tiene ingresos, adjunte una carta de manutención a su solicitud (consulte las instrucciones de la página 2).

Nombre del familiar	Fuente de ingresos	Cantidad que recibe antes de impuestos	Desempleado/Sin ingresos
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/>

4. Seguro médico:

¿Tiene cobertura de alguna póliza de seguro médico, incluyendo Medicare o Medicaid, o una cobertura de un país extranjero? SÍ NO

Si la respuesta es "Sí", adjunte a esta solicitud una copia de ambos lados de su tarjeta del seguro o escriba esta información:

Titular de la póliza:	Compañía aseguradora:	N.º de póliza:
Titular de la póliza:	Compañía aseguradora:	N.º de póliza:

5. Lea atentamente antes de firmar:

Firmando abajo, certifico que toda la información que he indicado y adjuntado a esta solicitud es verdadera.

- Entiendo que cualquier información errónea, incompleta o falsa en este formulario podría dar lugar a la denegación de mi solicitud de ayuda financiera.
- Autorizo a Yale New Haven Health a verificar toda la información.
- Autorizo a Yale New Haven Health a pedir mi informe crediticio.
- Acepto devolver la cantidad total de ayuda financiera que se me otorgue si recibo algún tipo de pago, incluyendo indemnizaciones por demandas judiciales, en relación con los servicios cubiertos por esta solicitud.
- Acepto informar a Yale New Haven Health de cualquier cambio que pudiera modificar mi elegibilidad para recibir ayuda financiera.
- Entiendo que, en relación con mi solicitud de ayuda financiera, es posible que Yale New Haven Health deba revelar mi información médica protegida (según la definición de ese término en la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA], partes 160 a 164 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]) para poder determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que dicha revelación se hará por motivos de pago, según se define en la Norma de Privacidad de la HIPAA.

Firma del solicitante o del tutor legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del solicitante o del tutor legal

Recuerde incluir un comprobante de ingresos o una carta de manutención con su solicitud de ayuda financiera.

Envíe las solicitudes completas por correo a:

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