

经济援助政策概要

Yale New Haven Health 明白，一些患者可能无力支付医药费。为此，我们推出了多种经济援助计划，以帮助患者减轻经济压力。患者需要填写经济援助申请表，并提供必要的证明文件，用于核实其经济需求。

免费医疗护理

在以下情况，您可能有资格获得免费医疗护理：

- 您的家庭收入低于或等于联邦贫困线的 2.5 倍；以及
- 您填写了经济援助申请表

折扣医疗护理

在以下情况，您可能有资格获得折扣医疗护理：

- 您的家庭收入低于或等于联邦贫困线的 5.5 倍；
- 您没有保险；以及
- 您填写了经济援助申请表

浮动收费援助

在以下情况，您可能有资格获得浮动收费援助：

- 您的家庭收入低于或等于联邦贫困线的 5.5 倍；
- 您投保了保险；以及
- 您填写了经济援助申请表

常见问题

符合经济援助计划资格的最高收入水平是多少？

有关各项计划的最高收入水平详情，请访问 www.ynhhs.org/financialassistance。

申请经济援助是否还要符合其他资格？

除符合收入要求外，您必须为美国公民或居民。

经济援助覆盖哪些方面？

我们的经济援助计划只涵盖 Yale New Haven Health 的急诊和其他医学必需护理的账单。有关覆盖的服务提供者名单，请访问 www.ynhhs.org/financialassistance。

我有资格申请多长时间的经济援助？

一旦获准享受免费医疗护理、折扣医疗护理或浮动收费援助，您将有资格享受 12 个月的经济援助，从申请获批当天起算。

如何知晓我的申请是否获批？

我们将书面回复每份申请。若您的申请被拒，您可以随时重新申请。每年会有其他免费病床基金可申请。

如果我有其他疑问，可以联系谁？

如需了解详细信息、免费获取经济援助政策和申请表的副本，或者需要帮助填写申请表，请拨打 **855-547-4584** 联系我们的患者财务与入院服务部 (Patient Financial and Admitting Services)。

更多计划详细信息

专用病床基金

专用病床基金以捐赠的形式筹集，旨在向符合单个基金标准的患者提供免费或折扣医疗护理。如果您的经济需求得到基金提名者确定，并且符合申领基金的所有资格标准（各个基金有其独特标准），那么您可能有资格获得专用病床基金，以减免医疗费用。申领专用病床基金没有具体的收入限制。基金提名者根据经济困难情况，逐个案件确定申领资格。所有填写 YNHHS 经济援助申请表的患者将自动纳入专用病床基金的考虑范围。

Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic 为申请并获批成为诊所会员的个人提供免费或折扣医疗护理。如果您未投保任何保险且不符合申领州援助 (Medicaid) 的资格，但符合以下条件，则您可能有资格申请本计划：

1. 您是 Greenwich 居民
2. 您的家庭收入低于或等于联邦贫困线的 4 倍。

如需详细信息或获取 Greenwich Hospital 的门诊申请表，请拨打 203-863-3334。

计划说明

符合经济援助资格的患者需要支付的急诊或其他医学必需护理的费用，通常不会超过投保保险的患者所支付的费用。对于某些英语水平有限的群体，我们提供经济援助政策、经济援助政策概要和申请表的译文。

如何申请经济援助?

为了方便您申请经济援助, Yale New Haven Health 对大多数经济援助计划采用统一的申请表。如需申请, 请完成下述步骤。

第 1 步: 填写申请表。

请回答所有问题, 并在申请表上签名和注明日期。如果问题不符合您的家庭情况, 请在空白处填上“N/A”(不适用)。

第 2 步: 随申请表附上收入证明。收入证明是用于证明填写申请表时您家庭收入的文件。请参阅右侧表格, 了解可使用的文件类型。

第 3 步: 邮寄申请表或亲自递送申请表。

请提供以下资料:

1. 已填妥、签名并注明日期的申请表
2. 收入证明

■ 邮寄:

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

 传真: 203-688-1640

亲自递送:

请前往以下任意地点:

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

如需了解详细信息、免费获取经济援助政策的副本, 或者需要帮助填写申请表



请拨打:

855-547-4584

周一至周五

上午 7:30 至下午 5:00



在线:

www.ynhhs.org/financialassistance

以下文件可作为收入证明:

家庭收入来源.....	您可以附上这些文件的副本作为收入证明: (除最近的联邦纳税申报表外, 文件出具时间不得超过六个月, 申报表的时间可以更长一些。)
工资 (如果您有薪水或按小时计酬)	<ul style="list-style-type: none"> - 两 (2) 张最近的工资单, 或者 - 雇主以公司信笺撰写的信函, 说明您的工作时数和时薪 (税前)
自雇收入 (如果您是自雇人士)	<ul style="list-style-type: none"> - 最近的联邦所得税申报表
福利 (社会安全福利金、退伍军人福利、工伤赔偿金、失业金、养老金、退休金、SSI、赡养费)	<ul style="list-style-type: none"> - 最近的福利发放函, 或者 - 福利明细单, 或者 - 支票存根
租金收入	<ul style="list-style-type: none"> - 显示租金金额的租约或书面协议副本, 或者 - 您的亲笔信函, 信中说明您每年收到的租金金额
利息、股息或年金款项	<ul style="list-style-type: none"> - 最近的联邦所得税申报表, 或者 - 金融机构的报表, 说明本年度至今支付的金额和支付频率
没有收入	<ul style="list-style-type: none"> - 您的抚养人的亲笔信函, 或者 - 如果您没有抚养人, 请寄送一封信函, 说明您目前的财务状况 (需签名并注明日期)

经济援助计划申请表

Yale New Haven Health 对大多数经济援助计划采用统一的申请表。填写此申请表后，您将被纳入我们的免费医疗护理、折扣医疗护理、浮动收费援助和病床基金计划的考虑范围。有关如何申请经济援助的说明，请参阅第 2 页。如果您对此申请表有任何疑问，请拨打 855-547-4584 与我们联系。



1. 患者信息：

_____		_____	
姓氏	名字		
_____		_____	
街道地址		出生日期	
_____		_____	
城市	州	邮编	电话号码
_____		_____	
		病历号（如有）	

2. 家庭信息：

列出您的配偶和/或任何与您同住、受您抚养的子女。请勿填写没有结婚的伴侣。如有需要，请另附文件补充。

家庭成员姓名	与申请人的关系	出生日期

3. 收入信息：

请提供您和配偶的各项收入来源。请务必提供您和配偶的收入信息。收入来源可能包括但不限于：工资/薪金、赡养费、社会安全福利金、失业金、租金收入、工伤赔偿金和子女抚养费。如果您没有收入，请随申请表附上支持信。（请参阅第 2 页的说明）

家庭成员姓名	收入来源	税前收入	失业/无收入
		_____ 美元 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月	<input type="checkbox"/>
		_____ 美元 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月	<input type="checkbox"/>
		_____ 美元 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月	<input type="checkbox"/>

4. 健康保险:

您是否投保了任何健康保险, 包括 Medicare 或 Medicaid, 或者任何外国保险? 是 否

如果是, 请随申请表附上您的保险卡正反面副本, 或者填写以下信息:

投保人:	保险公司:	保险单号:
投保人:	保险公司:	保险单号:

5. 请仔细阅读后再签名:

在下方签名, 即表示本人证明, 本人在此申请表和附件中所述一切信息均为真实的。

- 本人明白, 在此申请表上填写任何不正确、不完整或虚假信息, 均可能导致本人的经济援助申请被拒绝。
- 本人授权 Yale New Haven Health 核实所有信息。
- 本人授权 Yale New Haven Health 请求获取本人的信用报告。
- 本人同意, 若本人因此申请表所涵盖的服务而收到任何形式的款项, 包括诉讼赔偿, 本人将全额偿还本人的经济援助金。
- 本人同意通知 Yale New Haven Health 任何可能改变本人申请经济援助资格的变化。
- 本人了解, 就本人申请经济援助而言, Yale New Haven Health 可能需要披露本人的受保护健康信息 (受保护健康信息的定义见 HIPAA 隐私规则 42 CFR 第 160 至 164 部分), 以确定本人的资格。
- 本人了解, 任何此类披露都是出于 HIPAA 隐私规则中定义的支持目的。

申请人或法定监护人签名

日期

申请人或法定监护人正楷姓名

请记得随经济援助申请表附上收入证明或支持信。

请将填妥的申请表邮寄至:

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