

재정 지원 방침 개요

Yale New Haven 의료 센터는 치료비를 지불하는 것이 어려운 환자들이 있을 수 있다는 것을 이해합니다. 따라서 저희는 도움이 될 수 있는 여러 종류의 재정 지원 프로그램을 마련하였습니다. 환자분들은 재정 지원 신청서를 작성하시고 재정 지원 필요 사항을 확인을 위해 요구되는 서류들을 제출하셔야 합니다.

무료 진료

아래 조건에 해당되면 무료 진료를 받으실 수 있습니다:

- 가족 소득이 연방 빈곤 수준의 2배 이하인 경우
- 재정 지원 신청서를 접수하신 경우 해당됩니다

할인 진료

만일 다음에 해당하신다면 할인 진료를 받으실 수 있습니다:

- 가족 소득이 연방 빈곤 수준의 5배 이하인 경우
- 의료 보험이 없는 경우, 그리고
- 재정 지원 신청서를 접수하신 경우 해당됩니다

슬라이딩 스케일

다음과 같은 경우 슬라이딩 스케일을 사용할 수 있습니다

- 가족 소득이 연방 빈곤 수준의 5배 이하인 경우
- 귀하는 보험에 가입되어 있습니다. 그리고
- 재정 지원 신청서를 접수하신 경우 해당됩니다

자주 묻는 질문들

프로그램에 가입 할 수 있는 최대 소득 수준은 얼마입니까?

각 프로그램의 최대 소득 수준에 대한 자세한 내용은 www.ynhhs.org/financialassistance 를 방문하십시오.

재정 지원에 다른 자격 요건이 있습니까?

수입 자격 요건을 충족시키는 것에 추가로 귀하는 현재 고지서를 소유하거나 예정된 약속이 있거나 자격을 얻기 위해 미국 시민 또는 거주자이어야 합니다.

재정 지원으로 어떤 것을 보장받습니까?

우리 재정 지원 프로그램은 Yale New Haven 의료 센터 청구서에 한해 응급 진료와 기타 필요한 의료 진료를 보장합니다. 보장되는 제공 목록은 다음의 링크에서 확인하실 수 있습니다. {F25}

www.ynhhs.org/financialassistance.

자격 유지 기간은 얼마나 됩니까?

무료 진료, 할인 진료, 또는 슬라이딩 스케일 자격 요건이 승인되면, 신청 승인일로부터 12개월 동안 자격이 유지됩니다.

제 신청서가 승인된 것을 어떻게 알 수 있습니까?

저희가 각 신청인에게 서면으로 알릴 것입니다. 만약 귀하의 신청서가 거부된다면, 언제라도 재신청하실 수 있습니다. 추가적인 무료 침대에 대한 기금은 매년 마련이 됩니다.

추가 질문이 있는 경우 누구에게 연락해야 합니까?

더 자세히 알고 싶으시면 재정 지원 방침과 신청서 무료 사본을 신청하시거나 신청서 작성 관련 도움이 필요하시면 환자 재정 및 입원 서비스(전화: 855-547-4584)로 연락해주시십시오.

추가 프로그램 세부 정보

제한적인 침대 기금

제한적인 침대 기금은 개인 기금 기준에 부합되는 개인에게 무료 또는 할인 진료를 제공하는데 기부되어 왔습니다. 만약 기금 지명자에 의해 결정된 재정적 필요를 증명했으며 기금을 받는 모든 자격 기준(기금마다 다른 기준이 있음)에 부합되었다면 귀하의 의료 청구서를 할인 또는 면제될 수 있는 이 기금을 받을 자격이 됩니다. 제한적인 침대 기금 수령에 있어서는 특별히 정해진 한정 수입은 없습니다. 자격은 경제적 곤란에 따라 기금의 추천인에 의해 사례별로 다뤄집니다. YNHHS 재정 지원 신청서를 제출한 모든 환자들은 자동적으로 제한적인 침대 기금의 수혜 대상으로 고려됩니다.

Yale New Haven 병원의 “나와 내 자녀” 프로그램

본 프로그램은 Yale New Haven 병원 환자들에게 해당됩니다. 만약 아래 사항에 해당하시는 자격을 갖춘 분들에게 산전 관리, 분만, 출산 그리고 일부 산후조리 서비스를 무료로 제공합니다

1. New Haven 카운티에 거주하시는 경우.
2. 의료 보험이 없으신 경우.
3. 가족 소득이 연방 빈곤 수준의 2.5 배 이하인 경우
4. 주 지원(의료)를 신청하고 유효한 서면 결정서를 받은 경우.

추가 정보가 필요하거나 Yale New Haven 병원의 “나와 내 자녀” 프로그램의 신청서를 원하시면 여성 센터에서 본원의 직원에게 문의하시거나, 아니면 **203-688-5470**에 전화하시기 바랍니다.

그린리치 병원 외래환자 진료소

Greenwich Hospital Outpatient Clinic은 진료소 회원 신청서를 제출하시고 승인을 받은 분들에게 무료 또는 할인 진료를 제공합니다. 만약 귀하께서 의료보험이 없으시고, 주정부 지원(메디케이드)의 자격이 되지 않는다면 다음 경우에 자격이 되실 수 있습니다.

1. 그린리치에 거주하시는 경우
2. 가족 소득이 연방 빈곤 수준의 4배 이하인 경우.

자세한 정보 나 신청서를 얻으려면

203-863-3334 번으로 전화하십시오.

프로그램 관련 유의사항

재정 지원 수혜 자격을 갖춘 환자에게 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 진료에 대한 보험에 가입한 환자들보다 더 많은 금액을 청구하지 않습니다. 재정 지원 방침서, 재정 지원 방침의 개요와 신청서의 번역본이 영어 구사 능력이 한정적인 분들을 위해 일부의 특정 언어로 준비되어 있습니다.

재정 지원 신청은 어떻게 합니까?

재정 지원 신청을 더 쉽게 하기 위해 Yale New Haven 의료 센터는 대부분의 재정 지원 프로그램용으로 하나의 신청서를 사용합니다. 신청하려면 아래 단계를 완료하십시오.

1 단계: 신청서 작성.

신청서의 모든 질문에 답변과 서명을 하신 다음 날짜를 적어주시기 바랍니다. 만약 질문이 귀하의 가족에게 해당되지 않으면 "N/A"(해당 없음)라고 빈 칸에 적어주시기 바랍니다.

2 단계: 신청서에 소득증명 문서 첨부. 소득증명 문서는 신청서를 작성하는 시기에 귀하 가족의 소득이 얼마인지 보여주는 문서입니다. 사용 가능 문서의 유형은 오른쪽에 있는 일람표를 참고하시기 바랍니다.

3 단계: 신청서를 우편 송부 또는 직원에게 직접 제출.

다음의 내용을 첨부하십시오:

1. 다 작성되고 서명이 포함된 날짜가 적힌 신청서
2. 소득증명 문서

 **우편으로 보낼 시 주소:**

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

 **직원에게 직접 제출시 방문 주소:**

아래 지역 중 귀하의 해당 지역을 방문하십시오:

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

더 자세히 알고 싶으시면 재정 지원 방침 무료 사본을 신청하시고, 신청서 작성 관련 도움이 필요하시면 아래 연락처를 통해 연락해주시시오



전화:

855-547-4584

월-금 7:30am – 5:00pm



온라인:

www.ynhhs.org/financialassistance

다음의 문서들은 소득 증명을 위해 사용하실 수 있습니다:

가족 수입이 아래와 같으시면...	이 문서들의 사본을 소득증명 문서로 첨부하실 수 있습니다: (최신 연방세금보고서를 제외하고는 6개월이 지난 문서는 사용하실 수 없습니다.)
급여 (월급이나 시급을 받을 경우)	<ul style="list-style-type: none"> - 가장 최근 2개월 급여 명세서, 또는 - 고용주가 기록한 귀하의 근무 시간과 시간당 급여(세금 공제 전)가 포함된 내용의 편지
자영업자 소득 (자영업자인 경우)	<ul style="list-style-type: none"> - 최신 연방세금보고서(반드시 본인 서명이 있어야 함)
혜택 수당 (사회보장, 재향군인, 산재보상, 실직수당, 연금, 은퇴기금, SSI, 위자료)	<ul style="list-style-type: none"> - 가장 최근 혜택 수여 편지, 또는 - 혜택 내역서, 또는 - 보관용 월급 명세서
임대 소득	<ul style="list-style-type: none"> - 임대차계약서 사본이나 임대 금액을 보여주는 합의서, 또는 - 본인이 직접 작성한 연간 임대료 수입액이 적힌 편지
이자, 배당금, 또는 연금	<ul style="list-style-type: none"> - 가장 최근 연방세금보고서, 또는 - 매 지불금의 금액과 횟수 그리고 현재까지 지불된 금년도 총액을 나타내는 금융기관의 내역서
만약 소득이 없으시면	<ul style="list-style-type: none"> - 귀하께 경제적 후원을 해주는 사람의 편지, 또는 - 만약 경제적 후원을 해주는 사람이 없으시면, 본인의 서명과 날짜를 포함하는 자신의 현재 재정 상태를 설명하는 편지를 발송

재정 지원 프로그램 신청서



Yale New Haven 의료 센터는 대부분의 재정 지원 프로그램을 위해 같은 신청서를 사용합니다. 본 신청서를 작성하시면, 무료 진료, 할인 진료, 슬라이딩 스케일 그리고 침대 기금 프로그램의 고려 대상이 됩니다. 재정 지원을 신청하는 방법은, 2 페이지를 참고하시기 바랍니다. 본 신청서에 대해 질문이 있으시면 1-855-547-4584에 연락 주시기 바랍니다.

1. 환자 정보:

_____		_____
성	이름	
_____		_____
도로 주소		생년월일
_____		_____
도시	주	우편번호
		전화번호

		의무기록 번호 (해당되는 경우)

2. 가족 정보: 배우자와/또는 같이 살고 있는 부양 자녀 정보를 기입하시기 바랍니다. 결혼하지 않은 파트너는 포함하지 마시기 바랍니다. 만약 칸이 더 필요하시면, 별도의 서류를 첨부해 주시기 바랍니다.

가족 구성원 이름	신청인과의 관계	생년월일

3. 소득 정보:

귀하와 귀하의 배우자의 모든 수입원에 관한 정보를 포함시키십시오. 본인과 배우자의 소득 정보를 반드시 제공하셔야 합니다. 수입원은 다음 것들을 포함할 수 있으나 이에 국한하지 않습니다: 급여/월급, 위자료, 사회보장 연금, 실직 수당, 임대 수입, 산재 보상금, 그리고 자녀 양육비가 이에 해당됩니다. 만약 소득이 없으시면, 신청서에 후원에 관한 편지를 첨부하십시오. (2 페이지의 설명 참고)

가족 구성원 이름	수입원	세금 공제 전 액수	무직 / 수입 없음
		\$ _____ · 주 · 격주 · 월	·
		\$ _____ · 주 · 격주 · 월	·
		\$ _____ · 주 · 격주 · 월	·

4. 의료 보험:

메디케어나 메디케이드 또는 외국 보험을 포함해서 보험 혜택을 받고 있는 의료보험이 있습니까?
예 · 아니오

만일 답이 예이면, 보험카드의 앞과 뒷면을 복사해서 이 신청서에 첨부하시든지 또는 아래를 기입하십시오:

보험 계약자:	보험회사:	보험증권 번호:
보험 계약자:	보험회사:	보험증권 번호:

5. 서명하시기 전 자세히 읽어보시기 바랍니다:

아래에 서명함으로, 본인은 본 신청서와 첨부 문서의 내용이 진실됨을 이에 증명합니다.

- 본 서류 양식에 기재된 부정확, 불완전, 또는 허위인 정보는 본인의 재정 지원 신청이 거부되는 결과를 초래할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 Yale New Haven 의료 센터가 모든 정보를 확인하는 것을 허락합니다.
- 본인은 Yale New Haven 의료 센터가 본인의 신용 정보 조회를 하는 것을 허락합니다.
- 본인은 본 신청서의 혜택 범위에 속하는 서비스로 인하여 소송 배상금을 포함하는 그 어떤 지급을 받을 경우 본인의 재정 지원 전액을 반환할 것에 동의합니다.
- 본인은 재정 지원 수혜 자격에 변화를 줄 수 있는 그 어떤 변경사항이라도 Yale New Haven 의료 센터에 알릴 것에 동의합니다.
- 본인은 재정 지원 신청과 관련하여, 본인의 자격 판단을 위해 Yale New Haven 의료 센터가 (HIPAA 개인정보 규정, 42 CFR Parts 160부터 164까지에서 정의된 용어로서의) 보호된 건강정보를 공개할 수도 있음을 이해합니다.
- 본인은 그러한 공개가 HIPAA 개인정보 규정에서 정의된 대로, 지불 목적을 위한 것임을 이해합니다.

신청인 또는 법적 후견인의 서명

날짜

신청인 또는 법적 후견인의 활자체 이름

귀하의 재정 지원 신청서와 함께 소득 증명 서류 또는 지원 편지를 포함하는 것을 잊지 마십시오.

작성 완료된 신청서는 아래 주소로 발송:

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