

## Resumo da Política de Assistência Financeira (Summary of Financial Assistance Policy)

O Yale New Haven Health entende que pode ser difícil para alguns pacientes pagarem suas despesas médicas. Por isso temos diversos programas de assistência financeira destinados a ajudar. Os pacientes devem preencher um formulário de pedido de assistência financeira e fornecer os documentos solicitados para verificar a necessidade financeira.

Para saber mais, obter uma cópia gratuita da nossa Política de Assistência Financeira e formulário de pedido, ou obter ajuda com o preenchimento do formulário, entre em contato com serviços financeiros e de admissão (Patient Financial and Admitting Services) no número 855-547-4584, acesse [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) ou visite-nos em nossos escritórios de admissão em: **Bridgeport Hospital** 267 Grant Street, Bridgeport, CT; **Greenwich Hospital**, 5 Perryridge Road, Greenwich, CT; **Lawrence + Memorial Hospital** 365 Montauk Avenue, New London, CT; **Westerly Hospital** 25 Wells Street, Westerly, RI; ou **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT

### Assistência médica gratuita (Free care)

**Você pode se qualificar para assistência gratuita se:**

- Sua família ganha menos de ou igual a 2 ½ vezes o nível de pobreza federal (os montantes máximos de renda estão listados na tabela abaixo)
- Tiver se inscrito no programa de assistência do estado (Medicaid) e recebido uma decisão por escrito válida do Estado nos últimos 6 meses; e
- Preencher um pedido de assistência financeira

### Assistência médica com desconto (Discounted care)

**Você pode se qualificar à assistência médica com desconto se:**

- Sua família ganha menos de ou igual a 5 ½ vezes o nível de pobreza federal (os montantes máximos de renda estão listados na tabela acima)
- Não tiver seguro, e;
- Preencher um pedido de assistência financeira

#### Renda máxima:

Tamanho da família	Assistência médica gratuita	Assistência médica com desconto
1	\$31.225	\$68.395
2	\$44.275	\$93.005
3	\$53.325	\$117.315
4	\$64.375	\$141.625

\*Assistência gratuita: Acrescentar \$11.050 para cada membro adicional da família

\*Assistência com desconto: Acrescentar \$24.310 para cada membro adicional da família

### Fundos hospitalares restritos (Restricted bed funds)

Você pode se qualificar a receber fundos hospitalares restritos, fundos que foram doados para a prestação de assistência médica gratuita ou com desconto para pessoas que atendem aos critérios de cada fundo com a finalidade de reduzir ou eliminar a conta do hospital caso comprove ter uma necessidade financeira demonstrada conforme determinado pelo nomeador de um fundo; e se cumprir todos os critérios de elegibilidade para receber os fundos (cada fundo tem critérios singulares). Não há limite de renda específico para receber os fundos hospitalares restritos. A elegibilidade é determinada caso-a-caso pelos nomeadores do fundo com base em dificuldades financeiras. Todos os pacientes que preencherem o pedido de assistência financeira YNHHS serão automaticamente considerados para os fundos hospitalares restritos.

### Programa "My Baby & Me" do Yale New Haven Hospital

Este programa destina-se às pacientes do Yale New Haven Hospital. Ele fornece serviços pré-natal, parto e nascimento e alguns cuidados pós-parto gratuitamente para todas as pessoas que se qualificarem. Você pode se qualificar se morar no condado de New Haven; não tiver nenhum tipo de seguro de saúde; sua família ganhar menos de ou igual a 2 ½ vezes o nível de pobreza federal (veja a tabela de renda máxima); se inscrever à assistência do estado (Medicaid) e receber uma decisão por escrito válida. Para mais informações ou para solicitar um formulário de pedido do programa Me & My Baby (eu e meu bebê) do Yale New Haven Hospital, entre em contato com nossos representantes no Women's Center (Centro para mulheres) ou ligue para 203-688-5470.

### Ambulatório do Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

O ambulatório do Greenwich Hospital oferece atendimento gratuito ou com desconto às pessoas que se inscrevem e são aprovadas para associação à clínica. Caso não tenha seguro, e não se qualifique à assistência do estado (Medicaid), você pode ser elegível se for residente de Greenwich e tiver uma renda familiar inferior ou igual a 4 vezes o nível de pobreza federal. Para mais informações ou para obter um formulário de pedido, ligue para **203-863-3334**.

### Uma observação sobre os programas

É necessário ser um cidadão ou residente dos Estados Unidos para se qualificar à assistência financeira. Estes programas cobrem emergências ou outros cuidados médicos necessários. Eles cobrem APENAS as contas do Yale New Haven Health. Um link para a lista de fornecedores que prestam esses cuidados e se eles seguem ou não a FAP (Financial Assistance Policy) está disponível na FAP. Pacientes elegíveis à assistência financeira não serão cobrados mais do que o montante geralmente cobrado de pacientes com seguro, para emergências ou outros cuidados médicos necessários. O Yale New Haven Health responderá cada pedido por escrito. Se o pedido for negado, é possível voltar a requisitar a qualquer momento. Fundos hospitalares adicionais gratuitos são disponibilizados todos os anos. Estão disponíveis traduções de nossa Política de Assistência Financeira, Resumo da Política de Assistência Financeira e Formulário de Pedido para certos grupos com proficiência limitada em inglês.

Ligue para 1-855-547-4584 para obter ajuda.

### Como faço para solicitar assistência financeira?

Para facilitar o processo para os pacientes, o Yale New Haven Health usa um único formulário de pedido para a maioria dos programas de assistência financeira. Se for um paciente do Yale New Haven Hospital e desejar se inscrever ao programa Me & My Baby Program, entre em contato com os representantes do Women's Center no número 203-688-5470. Se for um paciente do Greenwich Hospital e desejar se inscrever ao Ambulatório, ligue para o número 203-863-3334.

**Obs.:** Você deve ter contas atuais ou uma consulta agendada para se qualificar aos nossos programas de assistência financeira.

**Programa assistência médica gratuita:** Siga os passos 1, 2, 3 e 4.

**Programa assistência médica com desconto:** Siga os passos 2, 3 e 4.

#### Passo 1: Inscreva-se à assistência médica do estado.

Para ser considerado ao programa de assistência médica gratuita (Free Care), você DEVERÁ se inscrever à assistência médica (Medicaid) no estado onde você mora e receber uma decisão válida por escrito. Uma rejeição não é "válida" se tiver sido emitida por falta de informações ou cooperação.

Pode se inscrever à Medicaid no escritório local do Departamento de Serviços Sociais (DSS - Department of Social Services). Os residentes de Connecticut podem ligar para 1-800-842-1508 para encontrar o escritório DSS mais próximo ou podem se inscrever on-line em [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com). O Yale New Haven Health também tem uma equipe que pode ajudá-lo a preencher os formulários de pedido. Se precisar de ajuda, ligue para 1-855-547-4584.

Após receber uma decisão por escrito da DSS, pode se inscrever à assistência médica gratuita. Não podemos aceitar cartas de decisão datadas há mais de 6 meses.

#### Passo 2: Preencha o pedido.

Responda TODAS as perguntas e assin e date o pedido. Se uma pergunta não se aplicar à sua família, escreva "N/A" (não aplicável) no espaço fornecido.

#### Passo 3: Anexe comprovante de renda ao pedido.

Comprovante de renda é um documento que mostra a renda da família no momento do preenchimento do formulário de pedido. Consulte a tabela à direita para os tipos de documentos que podem ser fornecidos.

**Passo 4: Envie o formulário.** Incluir: 1) A carta decisão do DSS sobre sua elegibilidade à Assistência do Estado; 2) Formulário de pedido preenchido, assinado e datado; e 3) Comprovante de renda para:

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

### Os documentos a seguir podem ser usados como comprovante de renda:

<b>Se a renda da família for de ...</b>	<b>Pode anexar cópia desses documentos como comprovante de renda:</b> (Estes documentos não devem ser datados há mais de seis meses, exceto para a Declaração de imposto de renda mais recente.)
<b>Salário</b> (Se recebe um salário ou é pago por hora para um trabalho)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dois (2) holerites mais recentes, <b>OU</b></li><li>- Uma carta do empregador em papel timbrado da empresa informando quantas horas você trabalha e quanto ganha por hora (antes dos impostos)</li></ul>
<b>Renda de autônomo</b> (Se for trabalhador autônomo)	<ul style="list-style-type: none"><li>- A Declaração de imposto de renda mais recente (deve ser assinada por você)</li></ul>
<b>Benefícios</b> (Previdência Social, seguro de veterano de guerra, seguro de acidente de trabalho, seguro desemprego, pensões, fundos de aposentadoria, SSI, pensão alimentícia)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Carta de concessão de benefícios mais recente <b>OU</b></li><li>- Declaração de benefícios <b>OU</b></li><li>- Canhoto de cheques</li></ul>
<b>Renda de aluguéis</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cópia do contrato de aluguel ou acordo por escrito mostrando valor do aluguel <b>OU</b></li><li>- Uma carta escrita por você, indicando o valor do aluguel que recebe por ano</li></ul>
<b>Juros, dividendos ou pagamentos de anuidades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Declaração de imposto de renda mais recente <b>OU</b></li><li>- Declaração da instituição financeira indicando o valor e a frequência de pagamentos e o valor pago este ano até à data</li></ul>
<b>Caso não tenha renda</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uma carta da pessoa que o(a) sustente <b>OU</b></li><li>- Caso não tenha uma pessoa que o(a) sustente, envie uma carta assinada e datada explicando sua situação financeira atual</li></ul>

## Inscrição aos programas de assistência financeira

O Yale New Haven Health usa um único formulário de pedido para a maioria dos programas de assistência financeira. Ao preencher o formulário de pedido, você será considerado à nossa assistência médica gratuita, assistência médica com desconto e programas do fundo hospitalar. Para obter instruções sobre como se inscrever à ajuda financeira, consulte a página 2. Em caso de dúvida sobre esta inscrição, ligue para 1-855-547-4584.

### 1. Dados do paciente:

_____		_____	
Sobrenome	Nome		
_____			_____
Endereço			Data de nascimento
_____		_____	
Cidade	Estado	CEP	Telefone
Se estiver grávida, qual a data prevista do nascimento? _____			_____
			Número do prontuário médico (se disponível)
Situação de residência: <input type="checkbox"/> Cidadão dos EUA <input type="checkbox"/> Residente nos EUA			
<input type="checkbox"/> Visto (estudante, trabalho, turista) <input type="checkbox"/> Não-cidadão dos EUA			

### 2. Informação familiar: Liste o cônjuge e/ou filhos dependentes que vivem em sua residência.

Não inclua parceiros não casados. Se necessitar mais espaço, anexe uma folha separada.

Nome do membro da família	Relação com o requerente	Data de nascimento

### 3. Dados de renda:

**Devem ser fornecidos dados de renda para você e seu cônjuge.** Incluir todas as fontes de renda. As fontes de renda podem incluir, entre outras: salários, pensão alimentícia, previdência social, desemprego, renda de aluguel, seguro de acidente de trabalho e pensão alimentícia para filhos. Caso não tenha renda, anexar uma carta ao pedido. (Veja as instruções na página 2)

Nome do membro da família	Fonte de renda	Valor recebido antes de impostos	Desempregado/Sem renda
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/>

#### 4. Seguro saúde:

Você tem cobertura de seguro por qualquer apólice de seguro saúde, incluindo Medicare ou Medicaid ou cobertura de um país estrangeiro?  SIM  NÃO

Se sim, anexe uma cópia frente e verso do cartão do seguro a este pedido OU insira o seguinte:

Titular da apólice	Seguradora:	No da apólice:
Titular da apólice	Seguradora:	No da apólice:

#### 5. Leia atentamente antes de assinar

Ao assinar abaixo, certifico que tudo o que declarei neste pedido e qualquer anexo é verdadeiro.

- Entendo que qualquer informação incorreta, incompleta ou falsa neste formulário pode resultar na rejeição do meu pedido de assistência financeira.
- Eu dou permissão ao Yale New Haven Health para verificar toda e qualquer informação.
- Eu dou permissão ao Yale New Haven Health para verificar meu relatório de crédito.
- Concordo em reembolsar o valor total do benefício de assistência financeira se receber qualquer tipo de pagamento, incluindo prêmios de uma ação judicial, para os serviços abrangidos por este pedido.
- Concordo em informar ao Yale New Haven Health sobre quaisquer alterações que possam mudar minha elegibilidade à assistência financeira.
- Eu entendo que, em conexão com o meu pedido de assistência financeira, o Yale New Haven Health pode precisar divulgar informações médicas protegidas (conforme o termo é definido na norma de privacidade HIPAA, 42 CFR Partes 160 a 164) sobre mim, a fim de determinar minha elegibilidade.
- Eu entendo que tal divulgação será para fins de pagamento, conforme definido na norma de privacidade HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente ou do responsável legal

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso do requerente ou do responsável legal

**Lembre-se de anexar ao seu pedido de assistência financeira uma decisão válida por escrito do seu pedido de assistência médica (Medicaid) e comprovante de renda ou uma carta de apoio.**

**Envie formulários de pedido preenchidos para:**

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