

制限付きベッド代基金

資金援助方針 (Financial Assistance Policy) のまとめ

Yale New Haven Health (YNHHS)では、病院の医療費を支払う余裕がない患者さんがいらっしゃる可能性があることを十分理解しています。YNHHSでは患者さんをご支援するために、様々な資金援助プログラムをご用意しています。申込の手続きには、資金援助申請書の記入の他に、財政援助の必要性を証明する文書の提出が必要となります。

詳細については、当社の資金援助方針および無料の申請書を手入力してください。申請書の記入上のご質問については、Patient Financial and Admitting Servicesに855-547-4584までお電話でお問合わせになるか、

www.ynhhs.org/financialassistanceをご参照ください。ご本人がいらっしゃる場合は、以下の事務所までおいでください。

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) ,
Yale New Haven Hospital (20 York Street, New Haven, CT) 。

治療費無料 (Free care) プログラム

治療費が無料となる援助を受けることができるケース：

- 世帯全体の収入が米国貧困線以下あるいは貧困線の2.5倍かそれ以下であり（下の表に収入額上限の一覧掲載）、
- 過去6ヶ月以内に州からの医療援助（メディケイド）を申請し、書面による公式な決定を受け取っており、そして
- 資金援助申込書を記入する場合

治療費割引 (Discounted care) プログラム

治療費の割引を受けることができるケース：

- 世帯全体の収入が米国貧困線以下あるいは貧困線の5.5倍かそれ以下であり（上の表に収入額上限の一覧掲載）、
- 無保険であり、そして
- 資金援助申込書を記入する場合

所得額上限

| 所帯の規模 | 治療費無料 | 治療費割引 |
|-------|-----------|------------|
| 1 | \$31, 225 | \$68, 395 |
| 2 | \$44, 275 | \$93, 005 |
| 3 | \$53, 325 | \$117, 315 |
| 4 | \$64, 375 | \$141, 625 |

*治療費無料プログラム： 追加の家族1人毎に**\$11, 050**を追加します

*治療費割引プログラム： 追加の家族1人毎に**\$24, 310**を追加します

基金の指名責任者による判断により、経済的な必要が認められ、基金受領に関するすべての資格基準が満たされる場合は、制限条件付きでベッド代基金を受け取ることができる場合があります。ベッド代基金は、寄付によって成り立っており、それぞれの基金の条件を満たす個人に、無料あるいは割引のベッド代を提供するための基金です（各基金により、資格基準は異なります）。制限付きベッド資金の受給には、一定の所得限度はありません。経済状況が困難かどうかの程度により、基金の指名責任者によって、ケースバイケースで判断されます。YNHHSの資金援助申請書を記入するすべての患者さんは、自動的に制限付きベッド資金受給者としての検討対象となります。

Yale New Haven Hospital の「わたしと赤ちゃん」プログラム

Yale New Haven Hospitalの患者さん向けのプログラムです。資格が認められた場合、出産前、分娩、出産時の看護、そして一部の産後看護が無料で提供されます。

資格条件は、以下の通りです。ニューヘイブン郡の在住者であること、無保険であること、世帯全体の収入が米国貧困線以下あるいは貧困線の2.5倍かそれ以下であること（収入額上限一覧参照）、過去6ヶ月以内に州からの医療援助（メディケイド）を申請し、書面による公式な決定を受け取っていること。Yale New Haven Hospitalの「わたしと赤ちゃん」のプログラムの詳細および申請方法については、当病院のウーマンズセンターの担当者に直接、あるいはお電話の場合は203-688-5470までお問い合わせください。

Greenwich Hospital の外来クリニック

Greenwich Hospitalの外来クリニックでは、診療所のメンバー制度への入会を申請し、それが認められた個人には、無料または割引料金での治療を提供しています。無保険であり、州からの医療援助（メディケイド）の受領資格が認められない場合でも、グリニッジ在住で、世帯所得が米国貧困線の4倍かそれ以下なら、この制度を利用することができる場合があります。詳細情報および申請書を手入力するには、お電話で、203-863-3334までお問い合わせください。

プログラムについての注意

資金援助の資格条件を満たすには、米国市民または居住者である必要があります。ここに記載のプログラムは、緊急医療およびその他の医学上必要となる治療であり、Yale New Haven Healthの治療費のみを対象としています。上記の医療を提供する医師のリストおよびそれぞれの本資金援助方針への対応に関する情報へのリンクは、FAPに記載されています。緊急事態あるいはその他の医学的に必要な治療を受ける際に、有保険の患者に通常請求される額を超える治療費が、経済的援助を受ける資格のある患者さんに請求されることはありません。Yale New Haven Healthでは、各申請書に対して、書面で応対します。申請が却下された場合でも、常時再申請を行うことが可能です。毎年、新たなベッド代無料のための基金が利用できるようになっています。英語力が限られた方のために、資金援助方針、資金援助方針のまとめ、および申請書の翻訳版もご提供しています。

ご不明な点がある場合は、1-855-547-4584までお電話でお問い合わせください。

資金援助への申請方法は？

申請手続きに関する患者さんの負担を減らすため、Yale New Haven Healthでは、ほとんどの資金援助プログラムを1つの申請書で処理します。Yale New Haven Hospitalの患者さんで、わたしと赤ちゃんのプログラムに申し込みたい場合は、ウーマンズセンターの担当者に、お電話で203-688-5470までお問い合わせください。Greenwich Hospitalの患者さんで、外来患者クリニックに申し込みたい場合は、お電話で203-863-3334までお問い合わせください。

注意：資金援助プログラムの受領条件として、最新の請求書があるか、治療予約が入っていることが求められます。

治療費無料プログラム：ステップ1~4に従います。

治療費割引プログラム：ステップ2~4に従います。

ステップ 1：州からの医療援助を申請します。

居住する州で州からの医療援助（メディケイド）を申請し、書面による正式な決定を受け取ることが、無料治療への資格審査の必須条件となります。提出情報不足、あるいは非協力的との理由で却下された場合は、「正当」な公式書面であるとは認められません。

メディケイドは、最寄りの社会福祉局（DSS）で申請することができます。コネチカット在住者は、最寄りの社会福祉局に関する情報を、1-800-842-1508 まで電話でのお問い合わせができます。また www.accesshealthct.com からオンラインでの申請も可能です。Yale New Haven Health には、申請書の記入のお手伝いをするサポートスタッフもおります。サポートが必要な場合は、1-855-547-4584 までお電話でお問い合わせください。

DSS からの決定を書面で受け取った後、治療費無料プログラムの申請を行うことができます。6 か月以上経過した決定報告の書面は受理できません。

ステップ 2：申請書を記入します。

申請書のすべての問いへの回答を記入し、日付を入れて署名します。あなたの家族に当てはまらない問いに対しては、回答欄に「N/A」（該当しない）と記入してください。

ステップ 3：申請書に**所得証明書**を添付します。所得証明書とは、申込書に記入時の世帯所得額を証明する書類です。使用できる書類の種類については、右の表を参照してください。

ステップ 4：申請書を郵送する。郵送内容：1) DSS からの州からの援助への申請に関する決定のつきの書面、2) すべて記入された日付入りの署名済み申請書、そして

3) 所得証明、を同封して以下に郵送します。

Yale New Haven Health
SB0, Attn: Financial Assistance
PO BOX 1403
New Haven, CT 06505

所得証明書として使用できる書類：

| | |
|--|--|
| <p>世帯所得源</p> | <p>以下の書類の写しを所得額証明書として添付することができます。 (以下の書類は6ヶ月以上経過したものは使用できません。但し、それ以上経過する場合がある直近の連邦納税申告書はこの限りではありません。)</p> |
| <p>賃金 (仕事が給与制あるいは時給制の場合)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 直近の給与明細 2回分、または - 勤務時間と時給（税引前）を記載した雇用主からの会社のレターヘッド付きの書簡 |
| <p>自営業所得 (自営業の場合)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 直近の連邦納税申告書（申請者自身の署名の申告書が必要） |
| <p>年金受給 (社会保障、退役軍人、労災補償、失業保険、年金、退職金、生活保護、慰謝料)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 直近の手当給付書、または - 手当明細書、または - 小切手の控え |
| <p>家賃収入</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 賃貸借契約の写しあるいは賃貸料を表示する契約書の写しまたは - 申請者が作成した毎年の家賃収入額を示す書面 |
| <p>利子、配当金、年金受給</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 直近の連邦納税申告書、または - 受給金額と頻度、および今年度に支払われた総額を記載した金融機関による明細書 |
| <p>無所得の場合</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 扶養主による書面、または - 扶養主がない場合、現在の経済状況を説明する書面を日付付き署名済で送付 |

資金援助プログラム申請書

Yale New Haven Healthでは、ほとんどの資金援助プログラムを1つの申請書で処理します。この申請書を提出すると、治療費無料プログラム、治療費割引プログラム、そしてベッド代基金のプログラムの資格についての審査対象となります。資金援助の申請手続きについては、2ページを参照してください。不明な点については、855-547-4584 までお電話でお問合わせください。

1. 患者の情報：

| | | | |
|--|----|------|----------------|
| 苗字 | 名前 | | |
| 住所（番地） | | 生年月日 | |
| 市 | 州 | 郵便番号 | 電話番号 |
| 妊娠されている場合、出産予定日はいつですか？ | | | 診察記録番号（該当する場合） |
| 在留資格： <input type="checkbox"/> 米国市民 <input type="checkbox"/> 米国永住権 <input type="checkbox"/> 居住ビザ（学生、就労、観光） <input type="checkbox"/> 非米国市民 | | | |

2. 患者家族の情報：

同居する配偶者および・または扶養子女をすべて記入します。婚姻関係にないパートナーは含めないでください。スペースが足りない場合は、別紙に記入して添付してください。

| 家族の名前 | 申請者との続柄 | 生年月日 |
|-------|---------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3. 所得に関する情報：

申請者および配偶者の所得に関する情報が必要です。すべての所得源を記入してください。収入源には、賃金・給与、慰謝料、社会保障、失業保険、賃貸収入、労災、養育費などがありますが、これらに限定されるものではありません。無所得の場合、扶養に関する書面を申請書に添付してください。（2ページの説明を参照）

| 家族の名前 | 所得源 | 税込み所得額 | 失業中・無所得 |
|-------|-----|---|--------------------------|
| | | \$ _____ <input type="checkbox"/> 週毎 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 月毎 | <input type="checkbox"/> |
| | | \$ _____ <input type="checkbox"/> 週毎 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 月毎 | <input type="checkbox"/> |

4. 健康保険：

メディケアやメディケイド、あるいは海外での保険を含む健康保険に加入していますか？ はい いいえ

はいと回答した場合、保険証書の表と裏のコピーを申請書に添付するか、以下を記入してください。

| | | |
|--------|-------|-------|
| 保険契約者： | 保険会社： | 保険番号： |
| 保険契約者： | 保険会社： | 保険番号： |

5. 署名する前に慎重にお読みください。

以下に署名することで、私はこの申請書および添付書類で述べられたすべての内容が真実であることを保証します。

- 私は、この申請書に関して、不正確、不完全、あるいは虚偽の情報がある場合、資金援助の申請が却下される可能性があることを承知しています。
- 私は、Yale New Haven Health にすべての情報についての検証を行うことを許可します。
- 私は、Yale New Haven Health に私のクレジットレポートの請求を行うことを許可します。
- 私は、この申請の対象となるサービスに対する訴訟の裁定金を含め、何らかの支払金を受け取った場合、資金援助で受領した額を全額返済することに同意します。
- 私は、資金援助を受ける資格に影響を与える可能性があるような変化が起きた場合に、Yale New Haven Health に通知を行うことに同意します。
- 私は、私の財政的援助に関する申請に関して、Yale New Haven Health が受給資格を判断するために、(HIPAA 法の個人情報規定、42 CFR パート 160 から 164 に定められた) 保護された健康情報の開示が必要となる場合があることを承知しています。
- 私は、上記の情報開示が、HIPAA の個人情報に関する規定で定義されるように、支払を目的としたものであることを理解しています。

申請者あるいは法定後見人の署名

日付

申請者あるいは法定後見人の印字氏名

日付

メディケイド申請書に対する正式な書面での決定の通知、所得証明または財政援助に関する書類を忘れずに必ず申請書に添付してください。

申請書の郵送先：

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