

بمن يمكنني الاتصال إذا كانت لدي أسئلة أخرى؟

لمعرفة المزيد، احصل على نسخة مجانية من سياسة المساعدة المالية ونموذج الطلب الخاصين بنا، أو للحصول على مساعدة في تعبئة نموذج طلب، اتصل بخدمات الشؤون المالية والدخول للمرضى على الرقم 4584 - 547 - 855.

تفاصيل البرامج الإضافية تمويلات الرعاية المقيدة

تم التبرع بتمويلات رعاية مقيدة بغرض توفير رعاية مجانية أو منخفضة التكلفة لأفراد يستوفون معايير التمويل الفردي. قد تكون مؤهلاً لتلقي هذا التمويل لتقليل أو حذف قيمة فاتورتك إذا كنت قد أثبتت حاجة مالية بحسب قرار جهة ترشيح التمويل وإذا كنت تستوفي جميع معايير التأهل لتلقي التمويل (لكل صندوق تمويل معايير محددة). ولا يقيد تلقي هذا التمويل بحدود معينة للدخل. يتم تحديد استحقاق كل حالة على حدة بواسطة جهة الترشيح للتمويل وعلى أساس درجة الضائقة المالية للمرشح. سيتم تلقائياً اعتبار جميع المرضى الذين قاموا بتعبئة طلب YNHHS للحصول على المساعدة المالية مرشحين للحصول على تمويلات الرعاية المقيدة.

برنامج أنا وطفلي "Me & My Baby" بمستشفى Yale New Haven Hospital

ينطبق هذا البرنامج على مرضى مستشفى Yale New Haven Hospital. ويوفر البرنامج الرعاية قبل الولادة وخدمات المخاض والولادة، وبعض خدمات الرعاية بعد الولادة مجاناً للمريضات المؤهلات للاستحقاق في الحالات التالية:

1. إذا كنت تعيش في مقاطعة New Haven.
2. إذا لم يكن لديك أي نوع من أنواع التأمين الصحي.
3. إذا كانت عائلتك تحصل على ضعفين ونصف أو أقل من مستوى خط الفقر الفيدرالي.
4. إذا كنت قد تقدمت بطلب مساعدة الولاية (Medicaid) وحصلت على قرار مكتوب سار.

لمزيد من المعلومات أو لطلب استمارة برنامج Yale New Haven Hospital Me & My Baby، يرجى زيارة ممثلينا في مركز المرأة أو الاتصال بالرقم 5470 - 688 - 203.

العيادة الخارجية لمستشفى جرينتش (Greenwich Hospital) (Outpatient Clinic)

توفر العيادة الخارجية لمستشفى جرينتش Greenwich Hospital Outpatient Clinic الرعاية المجانية أو المخفضة للأفراد الذين يتقدمون بطلب ويتم الموافقة عليه للحصول على عضوية العيادة. وإذا لم يكن لديك تأمين صحي، ولست مؤهلاً للمساعدة من الولاية (Medicaid)، فقد تكون مؤهلاً للاستحقاق في الحالات التالية:

1. إذا كنت تقيم في جرينتش
2. إذا كان لديك دخل عائلي أقل من أو يساوي أربعة أضعاف مستوى الفقر الفيدرالي.

لمزيد من المعلومات أو للحصول على نموذج طلب، يرجى الاتصال بالرقم 3334 - 863 - 203.

ملاحظة حول البرامج

لن تتم محاسبة المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية بأكثر من قيمة الفاتورة المحتسبة عموماً على مرضى التأمين في حالات الطوارئ أو غيرها من حالات الرعاية الطبية اللازمة. ويمكن لغير المتقنين للغة الإنجليزية الحصول على ترجمة لسياسة المساعدة المالية ولملخص سياسة المساعدة المالية وكذلك نموذج الطلب.

ملخص سياسة المساعدة المالية

تتفهم Yale New Haven Health أنه يصعب على بعض المرضى تحمّل دفع فواتير العلاج. لهذا السبب يتوفر لدينا مجموعة متنوعة من البرامج المالية المصممة خصيصاً للمساعدة. لذا يُطلب من المرضى تعبئة استمارة طلب المساعدة المالية وتقديم الوثائق المطلوبة لإثبات الحاجة المالية.

الرعاية المجانية (Free care)

قد يحق لك الحصول على الرعاية المجانية في الحالات التالية:

- دخل عائلتك أقل من أو يساوي 1/2 مرة من مستوى خط الفقر الفيدرالي؛ و
- أن تملأ نموذج طلب المساعدة المالية

الحصول على خصم بتكلفة الرعاية

قد يحق لك الحصول على خصم بتكلفة الرعاية إذا:

- كان دخل عائلتك أقل من أو يساوي 1/5 مرة من مستوى خط الفقر الفيدرالي؛
- لم يكن لديك تأمين؛ و
- أن تملأ نموذج طلب المساعدة المالية

الأسعار المخفضة

قد يحق لك الحصول على أسعار مخفضة عندما:

- يكون دخل عائلتك أقل من أو يساوي 1/2 مرة من مستوى خط الفقر الفيدرالي؛
- يكون لديك تأمين؛ و
- تقوم بتعبئة نموذج طلب المساعدة المالية

الأسئلة الشائعة

ما هي أقصى مستويات الدخل التي تؤهلك للبرامج؟

للتعرف على التفاصيل بشأن أقصى مستوى للدخل لكل برنامج، يرجى زيارة www.ynhhs.org/financialassistance.

هل هناك أي شروط أخرى للحصول على المساعدة المالية؟

بالإضافة إلى تلبية المتطلبات الخاصة بالدخل، يجب أن تكون لديك فواتير حالة أو يكون لديك موعد محدد وأن تكون مقيماً في الولايات المتحدة الأمريكية أو أحد مواطنيها لنيل الاستحقاق.

ما هي الخدمات التي تغطيها المساعدة المالية؟

تغطي برامجنا للمساعدة المالية رعاية الطوارئ والأشكال الأخرى من الرعاية الطبية الضرورية وذلك لفواتير Yale New Haven Health فقط. بإمكانك الحصول على قائمة بمقدمي الرعاية الصحية الذين يغطيهم البرنامج على الرابط www.ynhhs.org/financialassistance.

إلى متى سيستمر استحقاقي؟

بمجرد اعتماد استحقاقك للرعاية المجانية أو خصم بتكلفة الرعاية أو الأسعار المخفضة، ستصبح مستحقاً للرعاية لمدة 12 شهراً من تاريخ اعتماد الطلب.

كيف سأعرف ما إذا كان طلبي قد تم اعتماده أم لا؟

سنجيب على كل طلب كتابة. إذا تم رفض طلبك، يمكنك إعادة التقديم في أي وقت. تتوفر في كل عام تمويلات إضافية للرعاية المجانية.

كيف يمكنني التقدم لطلب المساعدة المالية؟

لجعل عملية طلب المساعدة المالية أسهل، يستخدم مستشفى New Haven Health نموذج طلب واحدًا لأغلب برامج المساعدة المالية. وللتقدم، يُرجى استكمال الخطوات الموضحة أدناه.

الخطوة 1: قم بتعبئة نموذج طلب التقدم.

يُرجى الإجابة على جميع الأسئلة وتوقيع وتاريخ الطلب. إذا لم ينطبق سؤال ما على عائلتك، يرجى كتابة "N/A" (لا ينطبق) في المكان المخصص.

الخطوة 2: أرفق إثباتًا للدخل بنموذج طلبك. إثبات الدخل هو وثيقة تبين مقدار دخل عائلتك وقت تعبئة نموذج الطلب. راجع الجدول أدناه لبيان أنواع الوثائق التي يمكن استخدامها.

الخطوة 3: أرسل نموذج الطلب بالبريد أو قم بزيارتنا بنفسك.

يرجى تمضين ما يلي:
1. نموذج الطلب المكتمل والذي يحمل التوقيع والتاريخ
2. إثبات الدخل

بالبريد: 

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

شخصيًا: 

تفضل بزيارتنا في أي من مواقعنا الموضحة أدناه:

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

لمعرفة المزيد، احصل على نسخة مجانية من سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا، أو للحصول على مساعدة في تعبئة نموذج الطلب

عبر الهاتف:

855 - 547 - 4584

الإثنين-الجمعة 7:30 صباحًا - 5:00 مساءً



عبر الإنترنت:

www.ynhhs.org/financialassistance



يمكن استخدام المستندات التالية كإثبات للدخل:

<p>بإمكانيك إرفاق نسخ من هذه الوثائق كإثبات للدخل: (يجب ألا تكون هذه الوثائق أقدم من ستة أشهر، ما عدا إقرار الضرائب الفيدرالية الأخير، الذي يُسمح بأن يكون أقدم.)</p>	<p>إذا كان مصدر دخل عائلتك من ...</p>
<p>آخر بياني راتب يثبتان مبلغ آخر أجر، أو خطاب من صاحب العمل على الورق الرسمي للشركة يبين عدد ساعات العمل وأجرة الساعة (قبل الضرائب)</p>	<p>الأجور (إذا كنت تكسب راتبًا أو تتلقى أجرًا حسب ساعات العمل بوظيفة ما)</p>
<p>أحدث إقرار للضرائب الفيدرالية (يجب أن يحمل توقيعك)</p>	<p>الدخل من العمل الحر (إذا كنت تعمل لحساب نفسك)</p>
<p>الخطاب الأخير لمنح الاستحقاقات، أو بيان الاستحقاقات أو قسيمة الدفع</p>	<p>الاستحقاقات (الضمان الاجتماعي، تعويضات قدامى المحاربين، تعويضات العاملين، معاش البطالة، معاشات التقاعد، صناديق التقاعد، دخل التأمين التكميلي، والنفقة)</p>
<p>نسخة من عقد الإيجار أو الاتفاق المكتوب يظهر مبلغ الإيجار، أو خطاب مكتوب منك يبين مبلغ الإيجار الذي تحصل عليه سنويًا</p>	<p>دخل من الإيجار</p>
<p>أحدث إقرار لضريبة الدخل الفيدرالية، أو بيان من المؤسسة المالية يبين مبلغ المدفوعات وتواترها والمبلغ المدفوع هذا العام حتى الآن</p>	<p>الفوائد، أو العوائد أو الدفعات الدورية</p>
<p>خطاب من الشخص الذي يعيلك، أو إذا لم يكن لديك من يعيلك، أرسل خطابًا موقعًا منك ومؤرخًا يشرح وضعك المالي الحالي</p>	<p>إذا لم يكن لديك أي دخل</p>

تستخدم Yale New Haven Health نموذج طلب واحدًا لأغلب برامج المساعدة المالية. بتعبئة هذا النموذج سوف ينظر في طلب استحقاقك لبرامج الرعاية المجانية، أو خصم بتكلفة الرعاية، أو أسعار مخفضة، أو تمويل الرعاية لدينا. للحصول على إرشادات حول كيفية تقديم طلب المساعدة المالية، يرجى الرجوع إلى الصفحة 2. في حال وجود أسئلة حول نموذج الطلب هذا، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855 - 547 - 4584.

1. معلومات المريض:

اسم العائلة	الاسم الأول		
عنوان الشارع	تاريخ الميلاد		
الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف	رقم السجل الطبي (إن وجد)

2. معلومات العائلة: أدرج زوجك/زوجتك و/أو أي أطفال تعولهم يعيشون في منزلك. لا تدرج أسماء الشركاء من غير الأزواج. إذا احتجت لمساحة أكبر، يرجى إرفاق وثيقة منفصلة.

اسم فرد العائلة	العلاقة بمقدم الطلب	تاريخ الميلاد

3. معلومات الدخل:

أدخل المعلومات عن جميع مصادر الدخل لك ولزوجك أو زوجتك. يجب تقديم معلومات تبين جميع مصادر الدخل لك ولزوجك أو زوجتك. وتشمل مصادر الدخل على سبيل المثال لا الحصر: الأجور/المرتبات، والنفقة، والضمان الاجتماعي، والبطالة، وإيرادات الإيجار، وتعويضات العاملين، ودعم الأطفال. إذا لم يكن لديك أي دخل، أرفق خطاب دعم مع نموذج الطلب الخاص بك. (انظر التعليمات في الصفحة 2)

اسم فرد العائلة	مصدر الدخل	المبلغ المكتسب قبل احتساب الضريبة	غير موظف/بدون دخل
		دولار أمريكي <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> شهريًا	<input type="checkbox"/>
		دولار أمريكي <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> شهريًا	<input type="checkbox"/>
		دولار أمريكي <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> شهريًا	<input type="checkbox"/>

4. التأمين الصحي:

هل لديك أي تغطية بموجب أي وثيقة للتأمين الصحي، بما في ذلك Medicare أو Medicaid أو تغطية من بلد أجنبي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إرفاق صورة عن الوجه الأمامي والخلفي من بطاقة التأمين الخاصة بك مع نموذج الطلب هذا أو إدخال ما يلي:

حامل الوثيقة:	شركة التأمين:	رقم الوثيقة:
حامل الوثيقة:	شركة التأمين:	رقم الوثيقة:

5. يرجى القراءة بعناية قبل التوقيع:

- أقر أنا الموقع أدناه بصحة كل المعلومات المذكورة في هذا الطلب وفي أية مرفقات أخرى.
- وأقر بدرايتي بأن أية معلومات غير صحيحة أو ناقصة أو خاطئة بهذا النموذج يمكن أن تؤدي إلى رفض طلبي للحصول على المساعدة المالية.
- وأعطي الإذن لـ Yale New Haven Health للتحقق من جميع المعلومات.
- وأعطي Yale New Haven Health الإذن بطلب تقرير عن سجلي الائتماني.
- كما أوافق على سداد كامل مبلغ المساعدة المالية الممنوحة لي في حال حصولي على مدفوعات من أي نوع، بما في ذلك الأموال الناتجة عن دعاوى قضائية، وذلك لقاء الخدمات المغطاة بموجب هذا الطلب.
- وأوافق على إبلاغ Yale New Haven Health بأي تغييرات يمكن أن تؤثر على استحقاقى للمساعدة المالية.
- وأقر بفهمي أنه في ما يخص طلبي للحصول على المساعدة المالية، قد تحتاج Yale New Haven Health إلى الكشف عن معلوماتي الصحية المحمية (وفق تعريف HIPAA لقواعد الخصوصية، CFR 42 ، من 160 إلى 164) من أجل تحديد الاستحقاق.
- وأفهم أن أي كشف من هذا القبيل سيكون لأغراض تسديد المستحقات، على النحو المحدد في قواعد HIPAA للخصوصية.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب أو الوصي القانوني

الاسم الكامل لمقدم الطلب أو الوصي القانوني

تذكر إرفاق إثبات الدخل أو خطاب الدعم مع نموذج طلب المساعدة المالية الخاص بك.

أرسل الطلبات المكتملة بالبريد إلى:

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