

اگر پرسش دیگری داشتیم، با چه کسی تماس بگیریم؟

برای کسب اطلاعات بیشتر، تهیه یک نسخه رایگان از سیاست کمک مالی و ارائه درخواست و یا برای دریافت کمک جهت تکمیل درخواست با شماره 855-547-4584 با خدمات مالی و پذیرش بیماران تماس بگیرید.

اطلاعات بیشتر درباره برنامه‌ها

بودجه بستری محدود

بودجه‌های بستری محدود برای ارائه خدمات مراقبت رایگان و مراقبت مشمول تخفیف به افراد دارای شرایط و معیارهای لازم در نظر گرفته شده است. اگر نیاز مالی خود را طبق الزامات اعطاکنده بودجه به اثبات برسانید و تمام معیارهای لازم برای دریافت بودجه را داشته باشید (هر بودجه دارای معیارهای خاصی است)، ممکن است واجد شرایط دریافت این بودجه برای پرداخت بخشی از صورتحساب خود یا تمام مبلغ آن باشید. هیچ محدودیتی در درآمد خاصی برای دریافت بودجه بستری محدود وجود ندارد. واجد شرایط بودن به صورت موردی، توسط اعطاکندگان و بر اساس مشکلات مالی تعیین می‌شود. تمام بیمارانی که درخواست کمک مالی YNHHS را تکمیل می‌کنند به طور خودکار جهت بودجه بستری محدود در نظر گرفته می‌شوند.

برنامه "من و نوزادم" در بیمارستان Yale New Haven

این برنامه برای بیماران بیمارستان Yale New Haven اجرا می‌شود. این برنامه مراقبت‌های دوران بارداری، خدمات زایمان و برخی مراقبت‌های پس از زایمان را به صورت رایگان به افراد واجد شرایط زیر ارائه می‌کند:

۱. در New Haven County زندگی کنید.
۲. هیچگونه بیمه درمانی نداشته باشید.
۳. درآمد خانواده شما 2½ برابر خط فقر فدرال یا کمتر از آن باشد.
۴. برای کمک ایالتی (Medicaid) درخواست ارائه کنید و نتیجه کتبی معتبر را دریافت کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر یا ارائه درخواست برای برنامه من و نوزادم در بیمارستان Yale New Haven، با نمایندگان ما در مرکز زنان ملاقات کنید یا با شماره 203-688-5470 تماس بگیرید.

کلینیک بیماران سرپایی بیمارستان گرینویچ

کلینیک بیماران سرپایی بیمارستان گرینویچ، مراقبت رایگان یا با تخفیف را برای افرادی که جهت عضویت در این کلینیک درخواست می‌دهند و تأیید می‌شوند، ارائه می‌کند. اگر بیمه ندارید و واجد شرایط کمک دولتی (Medicaid) نیستید، در صورت داشتن شرایط زیر، ممکن است واجد شرایط باشید:

۱. ساکن گرینویچ باشید
۲. درآمد خانواده شما 4 برابر خط فقر فدرال یا کمتر از آن باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر یا دریافت فرم درخواست، لطفاً با شماره 203-863-3334 تماس بگیرید.

نکاتی در مورد برنامه‌ها

به طور کلی، از بیماران واجد شرایط دریافت کمک مالی، مبلغی بیش از آنچه که بیماران دارای بیمه برای مراقبت‌های اورژانسی یا سایر مراقبت‌های پزشکی ضروری می‌پردازند، مطالبه نخواهد شد. ترجمه‌های سیاست کمک مالی، خلاصه سیاست کمک مالی و درخواست آن برای گروه‌های خاصی که تسلط کافی به زبان انگلیسی ندارند، در دسترس قرار دارد.

خلاصه سیاست کمک مالی

Yale New Haven Health می‌داند که پرداخت هزینه صورتحساب‌های پزشکی برای برخی از بیماران دشوار است. به همین دلیل است که انواع برنامه‌های کمک مالی را جهت کمک رساندن طراحی کرده ایم. بیماران به منظور تأیید نیاز مالی، ملزم به تکمیل درخواست کمک مالی و ارائه مدارک لازم هستند.

مراقبت رایگان

در صورت داشتن شرایط زیر ممکن است واجد شرایط مراقبت رایگان باشید:

- درآمد خانواده شما 2½ برابر خط فقر فدرال یا کمتر از آن باشد؛ و
- درخواست کمک مالی را تکمیل کنید

مراقبت مشمول تخفیف

در صورت داشتن شرایط زیر ممکن است واجد شرایط مراقبت مشمول تخفیف باشید:

- درآمد خانواده شما 5½ برابر خط فقر فدرال یا کمتر از آن باشد؛
- تحت پوشش بیمه نباشید؛ و
- درخواست کمک مالی را تکمیل کنید

مقیاس متغیر [جدول قابل تطبیق با درآمد افراد]

در صورت داشتن شرایط زیر ممکن است واجد شرایط مقیاس متغیر باشید:

- درآمد خانواده شما 5½ برابر خط فقر فدرال یا کمتر از آن باشد؛
- تحت پوشش بیمه نباشید؛ و
- درخواست کمک مالی را تکمیل کنید

پرسش‌های متداول

حداکثر میزان درآمد برای اینکه واجد شرایط این برنامه‌ها شوید چقدر است؟

برای اطلاع از جزئیات حداکثر میزان درآمد برای هر برنامه، به www.ynhhs.org/financialassistance مراجعه کنید.

آیا شرایط دیگری برای استفاده از کمک مالی وجود دارد؟

علاوه بر داشتن شرایط مربوط به درآمد، برای اینکه واجد شرایط باشید باید صورتحساب‌های فعلی یا وقت تعیین شده داشته باشید و شهروند یا مقیم ایالات متحده باشید.

چه مواردی تحت پوشش کمک مالی قرار دارد؟

برنامه‌های کمک مالی ما مراقبت‌های اورژانسی و سایر مراقبت‌های ضروری پزشکی را صرفاً برای صورتحساب‌های Yale New Haven Health پوشش می‌دهد. فهرستی از ارائه‌دهندگان تحت پوشش را می‌توانید در www.ynhhs.org/financialassistance مشاهده کنید.

چه مدت واجد شرایط استفاده از خدمات کمک مالی خواهیم بود؟

زمانی که خدمات مراقبت رایگان، مراقبت مشمول تخفیف یا مقیاس متغیر شما تأیید شود، از تاریخ تأیید درخواست، به مدت 12 ماه واجد شرایط خواهید بود.

چگونه متوجه شوم که درخواست من تأیید شده است؟

ما به هر درخواست به صورت مکتوب پاسخ خواهیم داد. اگر درخواست شما رد شود، می‌توانید هر زمانی که خواستید، دوباره درخواست بدهید. هر سال بودجه‌های بستری شدن بیشتری برای خدمات رایگان در اختیار قرار می‌گیرد.

چگونه می توانم برای کمک مالی درخواست بدهم؟

Yale New Haven Health برای اینکه درخواست کمک مالی را آسان تر کند، برای اغلب برنامه های کمک مالی، از یک فرم درخواست استفاده می کند. برای درخواست، مراحل زیر را انجام دهید.

| | |
|---|---|
| <p>می توانید کپی این اسناد را به عنوان مدرک اثبات میزان درآمد پیوست کنید: (از تاریخ این اسناد نباید بیش از شش ماه گذشته باشد، بجز آخرین اظهارنامه مالیاتی فدرال شما که می تواند قدیمی تر باشد.)</p> | <p>اگر محل درآمد خانواده شما عبارت است از ...</p> |
| <p>– دو (2) مورد از آخرین فیش های حقوقی، یا نامه ای از کارفرمای شما با سربرگ شرکت مبنی بر اینکه چند ساعت کار می کنید و دستمزد شما به ازای هر ساعت چقدر است (قبل از کسر مالیات)</p> | <p>حقوق (اگر حقوق می گیرید یا به ازای ساعات کار خود درآمد دارید)</p> |
| <p>– جدیدترین اظهارنامه مالیاتی فدرال (باید توسط شما امضا شده باشد)</p> | <p>درآمد خوداشتغالی (اگر برای خودتان کار می کنید)</p> |
| <p>– جدیدترین نامه اعطای مزایا، یا حکم مزایا، یا ته چک ها</p> | <p>مزایا (تامین اجتماعی، مزایای کهنه سربازان، غرامت کارگران، بیکاری، مستمری بازنشستگی، صندوق های بازنشستگی، SSI، نفقه)</p> |
| <p>– کپی اجاره نامه یا قرارداد کتبی که مبلغ اجاره روی آن قید شده است، یا نامه ای که توسط شما نوشته شده و مبلغ اجاره سالانه دریافتی شما را نشان می دهد</p> | <p>درآمد اجاره</p> |
| <p>– جدیدترین اظهارنامه مالیاتی فدرال، یا صورتحساب مؤسسه مالی نشان دهنده مبلغ و دفعات پرداخت و مبلغ پرداخت شده امسال تا به امروز</p> | <p>بهره، سود سهام، یا پرداخت های سالیانه</p> |
| <p>– نامه ای از شخصی که از شما پشتیبانی می کند، یا اگر فردی را ندارید که از شما پشتیبانی کند، نامه ای دارای امضا و تاریخ بنویسید که وضعیت مالی فعلی شما را توضیح دهد</p> | <p>اگر هیچ درآمدی ندارید</p> |

مرحله 1: فرم درخواست را تکمیل کنید.

لطفاً به تمام سوالات پاسخ دهید و با درج تاریخ درخواست را امضا کنید. اگر سوالی به خانوار شما مربوط نمی شود، لطفاً عبارت "N/A" (نامرتب) را در فضای ارائه شده بنویسید.

مرحله 2: مدرک اثبات میزان درآمد را به درخواست خود پیوست کنید.

مدرک اثبات میزان درآمد سندی است که نشان می دهد خانواده شما در زمان تکمیل درخواست، چقدر درآمد دارد. برای اطلاع از انواع مدارک قابل استفاده، جدول سمت راست را مشاهده کنید.

مرحله 3: فرم درخواست را پست کنید یا حضوری مراجعه نمایید.

لطفاً از وجود موارد زیر اطمینان حاصل کنید:
1. درخواست تکمیل شده، دارای تاریخ و امضا شده
2. مدرک اثبات میزان درآمد

✉ از طریق پست:

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

🚶 مراجعه حضوری:

در هر یک از مکان های زیر می توانید به ما مراجعه کنید:

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

برای کسب اطلاعات بیشتر، تهیه یک نسخه رایگان از سیاست کمک مالی و درخواست، یا برای دریافت کمک جهت تکمیل درخواست

تلفنی:

855-547-4584

دوشنبه-جمعه 7:30 صبح - 5:00 عصر



آنلاین:

www.ynhhs.org/financialassistance



بیمارستان Yale New Haven برای اکثر برنامه های کمک مالی، از یک فرم درخواست استفاده می کند. با تکمیل این درخواست، برای تمام برنامه های مراقبت رایگان، مراقبت مشمول تخفیف، مقیاس متغیر و بودجه بستری در نظر گرفته خواهید شد. برای مشاهده دستورالعمل مربوط به نحوه درخواست کمک مالی، لطفاً به صفحه 2 مراجعه کنید. اگر در مورد این درخواست سوالی دارید، لطفاً با شماره 855-547-4584 تماس بگیرید.

1. اطلاعات بیمار

| | |
|-----------------------------------|------------|
| نام خانوادگی | نام |
| آدرس خیابان | تاریخ تولد |
| شهر | کدپستی |
| ایالت | شماره تلفن |
| شماره پرونده پزشکی (در صورت وجود) | |

2. اطلاعات خانواده: مشخصات همسر و/یا فرزندان وابسته را که در خانواده شما زندگی می کنند، ذکر کنید. نام شریک زندگی ازدواج نکرده را ننویسید. اگر فضای بیشتری لازم است، لطفاً یک سند جداگانه پیوست کنید.

| نام عضو خانواده | نسبت با درخواست کننده | تاریخ تولد |
|-----------------|-----------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3. اطلاعات درآمد:

اطلاعات مربوط به تمام منابع درآمد خودتان و همسران را ارائه کنید. اطلاعات مربوط به درآمد خودتان و همسران باید ارائه شود. منابع درآمد می تواند شامل این موارد باشد اما به آنها محدود نمی شود: دستمزد/حقوق، نفقه، مزایای تأمین اجتماعی، بیمه بیکاری، درآمد اجاره، غرامت کارگران و کمک هزینه حمایت از کودکان. اگر هیچ درآمدی ندارید، نامه ای در تأیید این موضوع به درخواست خود پیوست کنید. (دستورالعمل های صفحه 2 را ببینید)

| نام عضو خانواده | منبع درآمد | مقدار درآمد قبل از کسر مالیات | بیکار / فاقد درآمد |
|-----------------|------------|---|--------------------------|
| | | \$ _____ هفتگی <input type="checkbox"/> دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | \$ _____ هفتگی <input type="checkbox"/> دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | \$ _____ هفتگی <input type="checkbox"/> دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. بیمه درمانی:

آیا تحت پوشش هر گونه بیمه درمانی، از جمله Medicare یا Medicaid یا تحت پوشش بیمه یک کشور خارجی قرار دارید؟ بله خیر
اگر بله، لطفاً یک کپی از پشت و روی کارت بیمه خود را به این درخواست پیوست کنید یا موارد زیر را وارد نمایید:

| | | |
|-------------------|----------|------------------|
| دارنده بیمه نامه: | بیمه گر: | شماره بیمه نامه: |
| دارنده بیمه نامه: | بیمه گر: | شماره بیمه نامه: |

5. لطفاً قبل از امضا با دقت بخوانید:

- من با امضای این فرم، تأیید می‌کنم که همه مواردی که در این درخواست و تمام پیوست‌های آن اعلام کرده‌ام، صحیح است.
- من می‌دانم که ارائه هرگونه اطلاعات نادرست، ناقص یا غلط در این فرم می‌تواند به رد درخواست من برای کمک مالی منجر شود.
- من به Yale New Haven Health اجازه می‌دهم تا همه اطلاعات را بررسی کند.
- من به Yale New Haven Health اجازه می‌دهم تا گزارش اعتباری مرا درخواست کند.
- موافقت می‌کنم که اگر به ازای خدمات تحت پوشش این درخواست هرگونه پرداختی به من صورت گرفت از جمله مبالغ ناشی از طرح دادخواست، مبلغ کامل کمک مالی خود را بپردازم.
- موافقت می‌کنم که هرگونه تغییری را که ممکن است واجد شرایط بودن من برای کمک مالی را تغییر دهد به Yale New Haven Health اطلاع دهم.
- من می‌دانم که Yale New Haven Health ممکن است در ارتباط با درخواست من برای کمک مالی، برای تعیین واجد شرایط بودن من، ملزم به افشای اطلاعات حفاظت شده بهداشتی من (مطابق تعریف این اصطلاح در قانون حریم خصوصی 42 CFR، HIPAA بخش‌های 160 تا 164) باشد.
- من می‌دانم که افشای مذکور برای مقاصد پرداخت، طبق تعریف قانون حریم خصوصی HIPAA خواهد بود.

امضای شخص درخواست دهنده یا سرپرست قانونی

تاریخ

نام شخص درخواست کننده یا سرپرست قانونی با حروف بزرگ و خوانا

لطفاً به یاد داشته باشید که مدرک اثبات میزان درآمد یا نامه تأیید را به درخواست کمک مالی خود پیوست کنید.

درخواست تکمیل شده را به نشانی زیر پست کنید:

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