

## Streszczenie Zasad Pomocy Finansowej

Yale New Haven Health rozumie, że niektórzy pacjenci mogą mieć trudności z uregulowaniem rachunków medycznych. Mając powyższe na uwadze, oferujemy różne programy pomocy finansowej. Abyśmy mogli dokonać weryfikacji potrzeb finansowych, wymagane jest, aby pacjenci wypełnili wniosek o przyznanie pomocy finansowej oraz dostarczyli niezbędną dokumentację.

### Program Usługi bezpłatne (Free care)

**Pacjent może kwalifikować się do tego programu, jeżeli:**

- dochód w rodzinie nie przekracza 2-krotności federalnego poziomu ubóstwa oraz
- wypełni wniosek o przyznanie pomocy finansowej.

### Program Usługi ulgowe (Discounted care)

**Pacjent może kwalifikować się do programu usług ulgowych, jeżeli:**

- dochód w rodzinie nie przekracza 5-krotności federalnego poziomu ubóstwa;
- pacjent nie posiada ubezpieczenia oraz
- wypełni wniosek o przyznanie pomocy finansowej.

### Program Usługi skali malejącej (Sliding scale)

**Pacjent może kwalifikować się do tego programu, jeżeli:**

- dochód w rodzinie nie przekracza 5-krotności federalnego poziomu ubóstwa;
- jest ubezpieczony oraz
- wypełni wniosek o przyznanie pomocy finansowej.

## Często zadawane pytania

### Jakie są maksymalne poziomy dochodu kwalifikujące pacjenta do programu?

Szczegółowe informacje na temat maksymalnych poziomów dochodów każdego programu można znaleźć na stronie internetowej [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Czy istnieją inne kwalifikacje do pomocy finansowej?

Poza spełnieniem kwalifikacji dochodowych, należy posiadać aktualne rachunki lub umówione spotkanie i być obywatelem lub rezydentem Stanów Zjednoczonych, aby się zakwalifikować.

### Co obejmuje pomoc finansowa?

Nasze programy pomocy finansowej obejmują tylko rachunki związane z nagłymi wypadkami oraz inną medycznie konieczną opieką w Yale New Haven Health. Link do listy usługodawców objętych ubezpieczeniem można znaleźć pod adresem [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Przez jaki czas będę się kwalifikować?

Pacjent będzie uprawniony przez 12 miesięcy od zatwierdzenia wniosku w programie Usługi Bezpłatne, Usługi Ulgowe lub Usługi Skali Malejącej.

### Skąd będę wiedzieć, że mój wniosek został zaakceptowany?

Odpowiemy pisemnie na każdy wniosek. W przypadku odmowy pacjenci w dowolnej chwili mogą ponownie ubiegać się o pomoc. Środki z Ograniczonych Funduszy Szpitalnych dostępne są corocznie.

### Z kim mogę się skontaktować w razie dodatkowych pytań?

Aby uzyskać więcej informacji, otrzymać bezpłatną kopię Zasad Pomocy Finansowej (Financial Assistance Policy) i wniosku lub uzyskać pomoc w wypełnieniu wniosku, należy skontaktować się z działem Patient Financial and Admitting Services pod numerem telefonu 855-547-4584.

### Informacje dodatkowe dotyczące programu Program Ograniczone fundusze szpitalne (Restricted bed funds)

Program Ograniczone fundusze szpitalne został wdrożony w celu zapewnienia opieki bezpłatnej lub świadczonej po obniżonych stawkach osobom, które spełniają indywidualne kryteria funduszu. Pacjent może być uprawniony do otrzymania tych środków w celu zmniejszenia rachunku lub zniesienia go, jeżeli ma udokumentowaną potrzebę finansową określoną przez osobę wyznaczoną przez fundusz i spełnia wszystkie kryteria uprawniające do otrzymania środków (każdy fundusz ma inne kryteria). Nie obowiązują tu wymogi dotyczące prognozy dochodowego. Kwalifikowalność określana jest na podstawie analizy każdego przypadku przez osoby nominujące w oparciu o warunki finansowe. Wszyscy pacjenci YNHHS, którzy złożą wniosek o pomoc finansową, zostaną automatycznie uznani za kandydatów do programu ograniczonych funduszy szpitalnych.

### Program „Ja i Moje Dziecko” w szpitalu Yale New Haven Hospital (Yale New Haven Hospital „Me & My Baby” Program)

Program ten dostępny jest dla pacjentek szpitala Yale New Haven Hospital. Zapewnia on uprawnionym osobom bezpłatne usługi w zakresie opieki prenatalnej i podczas porodu oraz ograniczony zakres świadczeń w okresie poporodowym, gdy:

1. pacjentka mieszka w hrabstwie New Haven;
2. pacjentka nie posiada żadnego ubezpieczenia zdrowotnego;
3. dochód w rodzinie nie przekracza 2-krotności kwoty federalnego poziomu ubóstwa;
4. pacjent ubiegał się o pomoc stanową (Medicaid) i otrzymał prawomocną decyzję na piśmie.

Aby uzyskać więcej informacji lub zwrócić się z prośbą o formularz wniosku dotyczącego uczestnictwa w programie Ja i Moje Dziecko w Yale New Haven Hospital, należy spotkać się z naszymi przedstawicielami w Women's Center lub zadzwonić pod numer telefonu **203-688-5470**.

### Klinika ambulatoryjna w Greenwich (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

Klinika ambulatoryjna w Greenwich (Hospital Outpatient Clinic) zapewnia bezpłatne lub świadczone po obniżonych stawkach usługi osobom, które złożą wniosek i zostaną przyjęte w poczet członków kliniki. Do programu można zakwalifikować się, gdy:

1. pacjent jest rezydentem Greenwich;
2. dochód w rodzinie nie przekracza 4-krotności kwoty federalnego poziomu ubóstwa.

W celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji lub pobrania aplikacji należy zadzwonić na numer **203-863-3334**.

### Uwagi na temat programów

Odpłatność pacjentów uprawnionych do pomocy finansowej w zakresie usług w nagłych wypadkach lub innych sytuacjach wymagających niezbędnej opieki medycznej nie może przekroczyć kwoty zwyczajowej, jaką obciążani są pacjenci posiadający ubezpieczenie. W przypadku niektórych grup pacjentów z ograniczoną znajomością języka angielskiego dostępne są przetłumaczone egzemplarze Zasad Pomocy Finansowej (Financial Assistance Policy), Streszczenia Zasad Pomocy Finansowej (Summary of Financial Assistance Policy) oraz Wniosku.

## W jaki sposób należy ubiegać się o pomoc finansową?

W przypadku większości programów pomocy finansowej Yale New Haven Health używa tego samego wniosku. Aby aplikować, należy wykonać poniższe czynności.

### Czynność 1: Wypełnienie wniosku.

Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania zawarte we wniosku, jak również opatrzyć go datą i podpisać. Jeżeli dane pytanie nie dotyczy rodziny pacjenta, w przeznaczonym do tego miejscu należy wpisać „N/D” (nie dotyczy).

**Czynność 2: Załączenie dowodu wysokości osiągniętych dochodów** do wniosku. Dowód wysokości osiągniętych dochodów jest dokumentem zawierającym informacje na temat dochodów w rodzinie w okresie wypełniania wniosku. W tabeli zamieszczonej z prawej strony podano wykaz dokumentów, które można w tym celu wykorzystać.

### Czynność 3: Wystawienie wniosku lub wizyta osobista.

Należy dołączyć:

1. wypełniony, podpisany i opatrzony datą wniosek,
2. dowód wysokości osiągniętych dochodów.

#### Wysłać na adres:

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



#### W przypadku złożenia osobiście:

Należy odwiedzić nas w którejkolwiek z poniższych lokalizacji:

**Szpital Bridgeport Hospital**  
267 Grant Street, Bridgeport, CT

**Szpital Bridgeport Hospital – Milford Campus**  
300 Seaside Ave, Milford, CT

**Szpital Greenwich Hospital**  
5 Perryridge Road, Greenwich, CT

**Szpital Lawrence + Memorial Hospital**  
365 Montauk Avenue, New London, CT

**Szpital Westerly Hospital**  
25 Wells Street, Westerly, RI

**Szpital Yale New Haven Hospital**  
20 York Street, New Haven, CT

**Szpital Yale New Haven Hospital – St. Raphael Campus**  
20 York Street, New Haven, CT

**Aby uzyskać więcej informacji, otrzymać bezpłatną kopię Zasad Pomocy Finansowej lub uzyskać pomoc w wypełnieniu wniosku, prosimy o kontakt:**



**Telefon:**  
855-547-4584  
Pon.-Pt. 7:30 – 17:00



**Internet:**  
[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)

## Jako dowód wysokości osiągniętych dochodów posłużyć mogą następujące dokumenty:

<b>Jeżeli źródłem dochodu rodziny jest...</b>	<b>Jako dowód wysokości osiągniętych dochodów można załączyć kopie następujących dokumentów:</b> (Dokumenty te nie mogą być starsze niż sześć miesięcy, z wyjątkiem ostatniego zeznania podatkowego [Federal Tax Return].)
<b>Wynagrodzenie</b> (pensja lub stawka godzinowa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dwa (2) ostatnie odcinki wypłaty <b>LUB</b></li> <li>– List od pracodawcy na firmowym papierze z określeniem liczby godzin pracy i stawki godzinowej (przed opodatkowaniem)</li> </ul>
<b>Dochód z tytułu samozatrudnienia</b> (w przypadku pracy na własny rachunek)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ostatnie zeznanie podatkowe [Federal Income Tax Return] (musi być podpisane przez pacjenta)</li> </ul>
<b>Świadczenia</b> (ubezpieczenie społeczne [Social Security], świadczenia dla weteranów, odszkodowania pracownicze [Worker's Compensation], zasiłek dla bezrobotnych, renta, fundusz emerytalny, zasiłek SSI, alimenty)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ostatni list informujący o przyznaniu świadczeń <b>LUB</b></li> <li>– Wykaz świadczeń <b>LUB</b></li> <li>– Odcinki z czeków</li> </ul>
<b>Dochód z wynajmu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kopia dokumentu wynajmu lub pisemnej umowy ze wskazaniem ceny najmu <b>LUB</b></li> <li>– Napisany przez pacjenta list wskazujący roczny dochód z najmu</li> </ul>
<b>Dochody z odsetek, dywidend lub lokat z corocznymi odsetkami</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ostatnie zeznanie podatkowe [Federal Income Tax Return] <b>LUB</b></li> <li>– Sprawozdanie z instytucji finansowej, zawierające kwotę i częstość płatności oraz kwotę dotychczas zapłaconą w tym roku</li> </ul>
<b>Brak dochodów</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– List od osoby, która zapewnia utrzymanie pacjenta, <b>LUB</b></li> <li>– Jeżeli nie ma osoby zapewniającej utrzymanie, podpisane i opatrzone datą pacjenta, zawierające wyjaśnienie jego obecnej sytuacji finansowej</li> </ul>

## Wniosek o przyznanie pomocy finansowej

W przypadku większości programów pomocy finansowej Yale New Haven Health używa tego samego wniosku. Po wypełnieniu tego wniosku pacjent zostanie uznany za kandydata do programów Usługi Bezpłatne, Usługi Ulgowe, Usługi Skali Malejącej i Fundusze Szpitalne. Instrukcje dotyczące ubiegania się o pomoc finansową zamieszczono na stronie 2. W sprawie wszelkich pytań dotyczących tego wniosku prosimy o kontakt pod numerem tel. 855-547-4584.



### 1. Informacje dotyczące pacjenta:

_____ Nazwisko		_____ Imię		_____	
_____			_____		
Adres (ulica)			Data urodzenia		
_____		_____		_____	
Miejscowość		Stan	Kod pocztowy		Numer telefonu
_____					
Numer dokumentacji medycznej (jeśli dostępna)					

2. **Informacje dotyczące rodziny:** należy wymienić współmałżonka i/lub wszystkie będące na utrzymaniu dzieci. Nie uwzględniać partnerów niepozostających w związku małżeńskim. Jeżeli wymagane jest dodatkowe miejsce, należy dołączyć osobny dokument.

Imię i nazwisko członka rodziny	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Data urodzenia

### 3. Informacje dotyczące dochodów:

Dołączyć informacje o wszystkich źródłach dochodów wnioskodawcy **oraz** współmałżonka. Wymagane jest podanie informacji dotyczących wnioskodawcy oraz współmałżonka. Źródła dochodów to między innymi: płaca godzinowa/pensja, alimenty, zasiłek z opieki społecznej zasiłek dla bezrobotnych, dochód z wynajmu, odszkodowania pracownicze i alimenty na dzieci. W przypadku braku dochodu należy dołączyć do wniosku pismo od osoby, na utrzymaniu której jest wnioskodawca. (Patrz instrukcja na stronie 2)

Imię i nazwisko członka rodziny	Źródło dochodów	Kwota zarobków przed opodatkowaniem	Osoba bezrobotna / Brak dochodu
		_____ \$ <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Na 2 tygodnie <input type="checkbox"/> Miesięcznie	<input type="checkbox"/>
		_____ \$ <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Na 2 tygodnie <input type="checkbox"/> Miesięcznie	<input type="checkbox"/>
		_____ \$ <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Na 2 tygodnie <input type="checkbox"/> Miesięcznie	<input type="checkbox"/>

#### 4. Ubezpieczenie zdrowotne

Czy jest Pan/Pani objęty/-a jakimkolwiek ubezpieczeniem zdrowotnym, w tym Medicare lub Medicaid, lub ubezpieczeniem z terenu innego kraju?  TAK  NIE

Jeśli **tak**, proszę załączyć do wniosku kopie obu stron karty ubezpieczenia LUB wpisać następujące informacje:

Posiadacz polisy:	Ubezpieczyciel:	Nr polisy:
Posiadacz polisy:	Ubezpieczyciel:	Nr polisy:

#### 5. Przed podpisaniem należy dokładnie przeczytać:

Poprzez złożenie podpisu poniżej oświadczam, że wszystkie stwierdzenia w niniejszym wniosku i każdym załączniku są prawdziwe.

- Rozumiem, że jakiegokolwiek nieprawidłowe, niepełne lub nieprawdziwe informacje zamieszczone w tym formularzu mogą skutkować odrzuceniem mojego wniosku o przyznanie pomocy finansowej.
- Wyrażam zgodę na zweryfikowanie wszelkich informacji przez Yale New Haven Health.
- Wyrażam zgodę, aby Yale New Haven Health uzyskał dostęp do mojego raportu kredytowego.
- Zgadzam się na spłacenie w całości kwoty przyznanej mi pomocy finansowej za usługi, które obejmuje niniejszy wniosek, w przypadku gdy otrzymam jakąkolwiek płatność, w tym przyznaną w wyniku procesu sądowego.
- Zgadzam się na poinformowanie Yale New Haven Health o wszelkich zmianach, które mogłyby wpłynąć na moje uprawnienia do otrzymania pomocy finansowej.
- Rozumiem, że w związku z moim wnioskiem o przyznanie pomocy finansowej może zająć konieczność ujawnienia przez Yale New Haven Health dotyczących mnie chronionych informacji zdrowotnych (Protected Health Information) (zgodnie z definicją tego terminu w Zasadach Prywatności HIPAA, 42 CFR części 160 do 164) w celu określenia, czy się kwalifikuję.
- Rozumiem, że ujawnienie takie zostanie dokonane dla celów płatności, tak jak jest to określone w Zasadach Prywatności HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Podpis wnioskodawcy lub prawnego opiekuna

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko wnioskodawcy lub prawnego opiekuna drukowanymi literami

**Proszę pamiętać o dołączeniu do wniosku dowodu wysokości osiągniętych dochodów lub pisma od osoby, na utrzymaniu której jest wnioskodawca.**

**Wypełniony wniosek należy wysłać na adres:**

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