

## Përmbledhje e Politikës së Asistencës Financiare

Yale New Haven Health është e vetëdijshme se për disa pacientë është e vështirë t'i përballojnë faturat e tyre mjekësore. Kjo është arsyeja pse ne kemi disa programe për asistencë financiare të projektuara për t'ju ardhur në ndihmë. Pacientët duhet të plotësojnë një formular aplikimi për asistencë financiare dhe të dorëzojnë dokumentet e kërkuara për të vërtetuar nevojën e tyre financiare.

### Kujdesi falas

**Ju mund të kualifikoheni për kujdes falas nëse:**

- Familja juaj fiton një shumë më të vogël ose të barabartë me 2½ herë të Nivelit Federal të Varfërisë; dhe
- Ju plotësoni një formular aplikimi për asistencë financiare

### Kujdesi me zbritje

**Ju mund të kualifikoheni për kujdes me zbritje nëse:**

- Familja juaj fiton një shumë më të vogël ose të barabartë me 5½ herë të Nivelit Federal të Varfërisë;
- Ju nuk jeni të siguar; dhe
- Ju plotësoni një formular aplikimi për asistencë financiare

### Norma e luhatshme

**Ju mund të kualifikoheni për normën e luhatshme nëse:**

- Familja juaj fiton një shumë më të vogël ose të barabartë me 5½ herë të Nivelit Federal të Varfërisë;
- Ju nuk jeni të siguar; dhe
- Ju plotësoni një formular aplikimi për asistencë financiare

## Pyetje të shpeshta

**Cilat janë nivelet maksimale të të ardhurave për tu kualifikuar për këto programe?**

Për detajet për nivelet maksimale të të ardhurave për çdo program, vizitoni faqen [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### A ka kualifikime të tjera për asistencë financiare?

Përveç plotësimit të kualifikimeve për të ardhurat, për t'u kualifikuar ju duhet të keni fatura të fundit ose të keni caktuar një takim dhe të keni shtetësinë ose të jeni rezident në Shtetet e Bashkuara.

### Çfarë mbulon asistencë financiare?

Programet tona të asistencës financiare mbulojnë emergjencat dhe kujdes të tjera të nevojshme mjekësore vetëm për faturat e Yale New Haven Health. Linkun për listën e ofruesve të mbuluar mund ta gjeni në adresën [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Për sa kohë do të jem i/e kualifikuar?

Në momentin që do të miratoheni për Kujdes falas, Kujdes me zbritje ose Normë të luhatshme, ju do të kualifikoheni për 12 muaj nga data e miratimit të aplikimit.

### Si do të informohem nëse aplikimi im është miratuar?

Ne do të kthejmë përgjigje me shkrim për çdo aplikim. Nëse aplikimi juaj refuzohet, ju mund të aplikoni përsëri në çdo kohë. Çdo vit vendosen në dispozicion fonde për shtretër falas shtesë.

### Kë mund të kontaktoj nëse kam pyetje të tjera?

Për më shumë informacion, për të marrë një kopje pa pagesë të Politikës sonë të Asistencës Financiare dhe të formularit të aplikimit, ose nëse keni nevojë për ndihmë për plotësimin e formularit të aplikimit, kontaktoni Shërbimet Financiare dhe të Pranimi të Pacientit në numrin 855-547-4584.

## Detaje Shtesë të Programit

### Fondet e kufizuara për shtretër

Fondet e kufizuara për shtretër janë dhuruar për të ofruar kujdes falas ose me zbritje për individët që plotësojnë kriteret e veçanta të fondit. Ju mund të kualifikoheni për të përfituar këto fonde për reduktimin ose eliminimin e faturës suaj nëse dëshmoni se keni nevoja financiare siç është përcaktuar nga propozuesi i fondit dhe nëse plotësoni të gjitha kriteret e kualifikimit për përfitimin e këtyre fondeve (secili fond ka kritere unike). Nuk ka limite specifike për të ardhurat për përfitimin e fondeve të kufizuara për shtretër. Kualifikimi përcaktohet rast pas rasti nga propozuesi i fondit në bazë të vështirësisë financiare. Të gjithë pacientët që plotësojnë aplikimin e YNHHS për asistencë financiare do të merren në konsideratë automatikisht për fondet e kufizuara për shtretër.

### Programi “Unë & Foshnja Ime” i Spitalit Yale New Haven

Ky program aplikohet për pacientët e Spitalit Yale New Haven. Programi ofron kujdes prenatal dhe kujdes pas lindjes pa pagesë për të gjithë ata që kualifikohen nëse:

1. Jetoni në kontenë New Haven.
2. Nuk keni asnjë lloj sigurimi shëndetësor.
3. Familja juaj fiton një shumë më të vogël ose të barabartë me 2½ herë të Nivelit Federal të Varfërisë.
4. Ju plotësoni një formular aplikimi “Unë & Foshnja Ime”.

Për më shumë informacion ose për të kërkuar një formular aplikimi për Programin “Unë & Foshnja Ime” të Spitalit Yale New Haven, ju lutemi pyesni ofruesin tuaj ose telefononi numrin **203-688-2481**.

### Klinika Ambulatore e Spitalit të Greenwich

Klinika Ambulatore e Spitalit të Greenwich ofron kujdes me zbritje për individët që aplikojnë dhe që janë miratuar për anëtarësim në klinikë. Nëse nuk jeni të siguar dhe nuk kualifikoheni për Ndihmë Shtetërore (Medicaid), ju mund të kualifikoheni nëse:

1. Jeni rezident në Greenwich
2. Keni të ardhura familjare në një shumë më të vogël ose të barabartë me 4 herë të Nivelit Federal të Varfërisë.

Për më shumë informacion ose për të marrë një formular aplikimi, ju lutemi telefononi numrin **203-863-3334**.

### Shënim për programet

Pacientët që kualifikohen për asistencë financiare nuk do të faturohen më shumë se shuma që paguajnë përgjithësisht pacientët e siguarur për emergjencë apo për kujdes të tjera të nevojshme mjekësore. Versioni i përkthyer i Politikës sonë të Asistencës Financiare, Përmbledhjes së Politikës së Asistencës Financiare dhe Formularit të Aplikimit është i disponueshëm për disa grupe me njohuri të kufizuara të gjuhës angleze.





#### 4. Sigurimi Shëndetësor:

nga ndonjëvend i huaj?  PO  JO

Nëse **po**, ju lutemi bashkëidhni këij formulari aplikimi një kopje të pjesës së përparme dhe të pasme të kartës së sigurimit ose shënoni informacionet e mëposhtme:

Titullari i Politikës:	Siguruesi:	Politika nr.:
Titullari i Politikës:	Siguruesi:	Politika nr.:

#### 5. Ju lutemi lexoni me kujdes përpara se të nënshkruani:

Duke nënshkruar mëposhtë, unë vërtetoj se çdo informacion që kam deklaruar në këtë formular aplikimi dhe se çdo dokument bashkëidhur është i vërtetë.

Unë kuptoj se çdo informacion i pasaktë, i paplotë ose i rremë në këtë formular mund të sjellë refuzimin e aplikimit tim për asistencë financiare.

Unë i jap Yale New Haven Health përqimin tim të verifikoj të gjitha dhe çdo informacion.

Unë i jap Yale New Haven Health përqimin tim të kërkojë raportin tim të kreditit.

Unë bie dakord të shlyej shumën e plotë të përfitimit tim të asistencës financiare nëse marr ndonjë pagesë të çdo lloji, duke përfshirë edhe përfitimet nga ndonjëpadi, për shërbimet e mbu luara në këtë aplikim.

Unë bie dakord të informoj Yale New Haven Health për çdo ndryshim që mund të ndryshojë kualifikimin tim për asistencë financiare.

Unë kuptoj se në lidhje me aplikimin tim për asistencë financiare, Yale New Haven Health mund të duhet të japë Informacione Shëndetësore të Mbrojtura (pasi ky kusht është përcaktuar në Rregulloren e Privatësisë së HIPAA, 42 Kodi i Rregulloreve Federale (CFR) Pjesë nga 160 deri në 164) për mua, me qëllim që të vendosë për kualifikimin tim.

Unë kuptoj se çdo informacion i tillë i dhënë do të jetë për qëllime pagese, siç përcaktohet në Rregulloren e Privatësisë së HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Nënshkrimi i personit që aplikon ose kujdestarit ligjor

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Emri me shkronja të mëdha të personit që aplikon ose kujdestarit ligjor

**Mos harroni të përfshini dëshmi të të ardhurave ose një letër mbështetëse në formularin tuaj të aplikimit për asistencë financiare.**

**Dërgoni me postë formularin e plotësuar të aplikimit në**

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