

## Zusammenfassung der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung

Yale New Haven Health ist sich bewusst, dass es manchen Patienten möglicherweise schwerfällt, ihre Rechnungen für medizinische Leistungen zu bezahlen. Aus diesem Grund haben wir verschiedene Zahlungshilfeprogramme zu Ihrer Unterstützung entwickelt. Patienten müssen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen und die angeforderten Dokumente einreichen, damit wir den finanziellen Bedarf überprüfen können.

### Kostenlose Behandlung

**Sie haben unter Umständen Anspruch auf eine kostenlose Behandlung, wenn Folgendes zutrifft:**

- Ihr Haushaltseinkommen überschreitet nicht den 2,5-fachen Wert der Armutsschwelle und
- Sie stellen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung.

### Ermäßigte Behandlung

**Sie haben unter Umständen Anspruch auf eine ermäßigte Behandlung, wenn Folgendes zutrifft:**

- Ihr Haushaltseinkommen überschreitet nicht den 5,5-fachen Wert der Armutsschwelle;
- Sie sind nicht versichert; und
- Sie stellen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung.

### Staffeltarif

**Sie haben unter Umständen Anspruch auf Zahlung nach Staffeltarif, wenn Folgendes zutrifft:**

- Ihr Haushaltseinkommen überschreitet nicht den 5,5-fachen Wert der Armutsschwelle;
- Sie sind versichert; und
- Sie stellen einen Antrag auf finanzielle Unterstützung.

## FAQs

### Was sind die Einkommenshöchstgrenzen, um diese Programme beanspruchen zu können?

Einzelheiten zu den Höchstgrenzen für die einzelnen Programme finden Sie unter [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Gibt es weitere Voraussetzungen für eine finanzielle Unterstützung?

Sie müssen die Einkommensvoraussetzungen erfüllen, müssen aktuelle Rechnungen oder einen geplanten Termin haben und Staatsangehöriger oder Einwohner der USA sein, um anspruchsberechtigt zu sein.

### Was wird von der finanziellen Unterstützung abgedeckt?

Unsere Zahlungshilfeprogramme decken Notfälle und andere medizinisch notwendige Behandlungen ausschließlich für Rechnungen von Yale New Haven Health ab. Einen Link zur Liste der abgedeckten Leistungsanbieter finden Sie unter [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Wie lange bin ich anspruchsberechtigt?

Sobald eine kostenlose, ermäßigte oder gestaffelt verrechnete Behandlung genehmigt wurde, sind Sie ab dem Datum des genehmigten Antrags 12 Monate lang anspruchsberechtigt.

### Wie erfahre ich, ob mein Antrag genehmigt wurde?

Wir beantworten jeden Antrag schriftlich. Wenn Ihr Antrag abgelehnt wird, können Sie jederzeit einen neuen Antrag stellen. Jedes Jahr stehen zusätzliche Mittel für kostenlose Behandlungen zur Verfügung.

### An wen kann ich mich wenden, wenn ich weitere Fragen habe?

Weitere Informationen finden Sie in unserer kostenlos erhältlichen Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und im Antrag. Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen des Antrags benötigen, wenden Sie sich an „Patient Financial and Admitting Services“ unter der Telefonnummer 855-547-4584.

## Zusätzliche Programminformationen

### Eingeschränkte Mittel für kostenlose Behandlungen

Über Spendenmittel wurden in beschränktem Umfang Mittel bereitgestellt, um Personen, die die individuellen Kriterien für die Mittelvergabe erfüllen, eine kostenlose oder ermäßigte Behandlung zu ermöglichen. Sie sind möglicherweise zum Erhalt dieser Mittel berechtigt, um Ihre Rechnung teilweise oder komplett zu begleichen, wenn Sie einen finanziellen Bedarf gemäß den Festlegungen des Mittelgebers nachgewiesen haben und alle Anspruchsvoraussetzungen zum Erhalt der Mittel erfüllen (für jede Mittelvergabe gibt es unterschiedliche Kriterien). Es gibt keine speziellen Einkommensgrenzen für den Erhalt dieser eingeschränkten Mittel für kostenlose Behandlungen. Die Anspruchsberechtigung wird von Fall zu Fall von den Mittelgebern auf der Grundlage der finanziellen Notlage ermittelt. Alle Patienten, die den Antrag auf finanzielle Unterstützung von YNHHS ausfüllen, kommen automatisch für diese Mittel in Betracht.

### Programm „Me & My Baby“ des Yale New Haven Hospital

Dieses Programm gilt für Patienten des Yale New Haven Hospital. Es umfasst kostenlose vorgeburtliche Behandlungen und bestimmte nachgeburtliche Behandlungen für anspruchsberechtigte Personen, für die Folgendes gilt:

1. Sie wohnen in New Haven County.
2. Sie besitzen keinerlei Krankenversicherung.
3. Ihr Haushaltseinkommen überschreitet nicht den 2,5-fachen Wert der Armutsschwelle.
4. Sie füllen den Antrag für das Programm „Me & My Baby“ aus.

Weitere Informationen bzw. den Antrag für das Programm „Me & My Baby“ des Yale New Haven Hospital erhalten Sie bei Ihrem Leistungsanbieter oder unter der Telefonnummer **203-688-2481**.

### Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Die ambulante Klinik Greenwich Hospital Outpatient Clinic bietet eine kostenlose oder ermäßigte Behandlung für Personen, die sich für eine Klinikmitgliedschaft beworben haben und angenommen wurden. Wenn Sie keine Versicherung und keinen Anspruch auf staatliche Unterstützung (Medicaid) haben, sind Sie unter folgenden Umständen möglicherweise anspruchsberechtigt:

1. Sie sind Einwohner von Greenwich.
2. Ihr Haushaltseinkommen überschreitet nicht den 4-fachen Wert der Armutsschwelle.

Weitere Informationen oder einen Antrag erhalten Sie unter der Rufnummer **203-863-3334**.

### Hinweise zu den Programmen

Patienten, die einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, wird maximal der allgemeine Verrechnungssatz für versicherte Patienten für Notfälle oder sonstige medizinisch notwendige Behandlungen berechnet. Übersetzungen unserer Richtlinie zur finanziellen Unterstützung, der Zusammenfassung der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung und des Antrags stehen für bestimmte Gruppen mit unzureichenden englischen Sprachkenntnissen zur Verfügung.

## Wie kann ich einen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen?

Um die Antragstellung auf finanzielle Unterstützung zu vereinfachen, verwendet Yale New Haven Health für die meisten Zahlungshilfeprogramme denselben Antrag. Führen Sie zur Antragstellung die folgenden Schritte aus.

### Schritt 1: Füllen Sie den Antrag aus.

Beantworten Sie bitte alle Fragen auf dem Antrag. Vergessen Sie nicht das Datum und Ihre Unterschrift. Wenn eine Frage für Ihren Haushalt nicht zutrifft, schreiben Sie bitte „N/A“ (nicht zutreffend) in das entsprechende Feld.

**Schritt 2: Fügen Sie Einkommensnachweise** für Ihren Antrag bei. Einkommensnachweise sind Dokumente, die belegen, wie hoch Ihr Haushaltseinkommen zum Zeitpunkt der Antragstellung ist. In der Tabelle auf der rechten Seite ist angegeben, welche Arten von Nachweisen möglich sind.

### Schritt 3: Senden Sie uns den Antrag per Post zu, oder besuchen Sie uns persönlich.

Bitte reichen Sie Folgendes ein:

1. Den ausgefüllten, unterzeichneten und mit Datum versehenen Antrag
2. Einkommensnachweise



#### Per Post:

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



#### Persönlich:

Besuchen Sie uns an einem unserer nachstehenden Standorte:

#### 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

**Nutzen Sie die folgenden Optionen, um weitere Informationen, unsere kostenlos erhältliche Richtlinie zur finanziellen Unterstützung oder Hilfe beim Ausfüllen des Antrags anzufordern:**



#### Telefonisch:

855-547-4584

Montag bis Freitag 7:30 Uhr bis 17:00 Uhr



#### Online:

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

## Folgende Dokumente können als Einkommensnachweise dienen:

Bei einem Haushaltseinkommen aus...	Können Sie Kopien der folgenden Dokumente als Einkommensnachweise beifügen: (Diese Dokumente dürfen nicht älter als sechs Monate sein. Ausgenommen ist der letzte Einkommensteuerbescheid, der älter sein darf.)
<b>Gehalt/Lohn</b> (wenn Sie Lohn erhalten oder stundenweise bezahlt werden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zwei (2) aktuelle Gehaltsabrechnungen <b>ODER</b></li> <li>– Ein Schreiben Ihres Arbeitgebers mit dem Briefkopf des Unternehmens, in dem angegeben ist, wie viele Stunden Sie arbeiten und wie hoch Ihr Stundenlohn (vor Steuern) ist</li> </ul>
<b>Einkommen aus selbstständiger Beschäftigung</b> (wenn Sie selbstständig tätig sind)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktueller Einkommensteuerbescheid (muss von Ihnen unterzeichnet sein)</li> </ul>
<b>Leistungen</b> (Sozialversicherung, Leistungen für Veteranen, Arbeitsunfallversicherung, Arbeitslosenunterstützung, Pensionen, Renten, SSI, Alimente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das letzte Schreiben zu gewährten Leistungen <b>ODER</b></li> <li>– Eine aktuelle Leistungsabrechnung <b>ODER</b></li> <li>– Kontrollabschnitte von Schecks</li> </ul>
<b>Mieteinnahmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kopie des Mietvertrags oder schriftliche Vereinbarung, aus der der Mietbetrag ersichtlich ist; <b>ODER</b></li> <li>– Ein von Ihnen verfasstes Schreiben, in dem der Betrag der Miete angegeben ist, den Sie jährlich erhalten</li> </ul>
<b>Zins-, Dividenden- oder Rentenzahlungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktueller Einkommensteuerbescheid <b>ODER</b></li> <li>– Bescheid des Finanzinstituts über den Betrag und die Häufigkeit der Zahlungen sowie den bisher in diesem Jahr bezahlten Betrag</li> </ul>
<b>Wenn Sie kein Einkommen haben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ein Schreiben von der Person, die Sie finanziell unterstützt; <b>ODER</b></li> <li>– Wenn Sie keine finanzielle Unterstützung von anderen erhalten, senden Sie ein unterzeichnetes und mit Datum versehenes Schreiben, in dem Sie Ihre aktuelle finanzielle Situation schildern</li> </ul>

## Antrag für Zahlungshilfeprogramme

Yale New Haven Health verwendet für die meisten Zahlungshilfeprogramme denselben Antrag. Durch Ausfüllen dieses Antrags werden Sie für unsere Programme „Kostenlose Behandlung“, „Ermäßigte Behandlung“, „Staffeltarif“ und für eine sonstige Mittelvergabe in Betracht gezogen. Eine Anleitung zur Antragsstellung auf finanzielle Unterstützung finden Sie auf Seite 2. Wenn Sie Fragen zu diesem Antrag haben, rufen Sie uns unter 855-547-4584 an.



### 1. Angaben zum Patienten:

_____ Nachname		_____ Vorname	
_____ Straße und Hausnummer			_____ Geburtsdatum
_____ Ort	_____ Bundesstaat	_____ PLZ	_____ Telefonnummer
_____ Nummer der Patientenakte (falls verfügbar)			

2. **Angaben zu Familienangehörigen:** Führen Sie Ehepartner und/oder unterhaltsberechtignte Kinder auf, die in Ihrem Haushalt leben. Geben Sie keine nicht verheirateten Partner an. Wenn Sie mehr Platz benötigen, fügen Sie ein separates Dokument bei.

Name des Familienangehörigen	Verhältnis zum Antragsteller	Geburtsdatum

### 3. Angaben zum Einkommen:

**Machen Sie Angaben zu allen Einnahmequellen für sich und Ihren Ehepartner. Die Angaben zu Ihrem Einkommen und dem Einkommen Ihres Ehepartners sind erforderlich.** Als Einkommensquellen gelten unter anderem die folgenden Zahlungen: Löhne/Gehälter, Alimente, Sozialversicherung, Arbeitslosenunterstützung, Mieteinnahmen, Arbeitsunfallversicherung und Unterhalt für Kinder. Wenn Sie kein Einkommen haben, fügen Sie Ihrem Antrag ein erklärendes Schreiben bei. (Siehe Anleitung auf Seite 2.)

Name des Familienangehörigen	Einkommensquelle	Betrag der Einnahmen vor Steuern	Nicht beschäftigt/ ohne Einkommen
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Wöchentlich <input type="checkbox"/> Zweiwöchentlich <input type="checkbox"/> Monatlich	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Wöchentlich <input type="checkbox"/> Zweiwöchentlich <input type="checkbox"/> Monatlich	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Wöchentlich <input type="checkbox"/> Zweiwöchentlich <input type="checkbox"/> Monatlich	<input type="checkbox"/>

#### 4. Krankenversicherung:

Sind Sie über eine Krankenversicherungspolice, einschließlich Medicare oder Medicaid, versichert, oder erhalten Sie Versicherungsschutz aus dem Ausland?  JA  NEIN

Wenn Sie mit **JA** geantwortet haben, fügen Sie diesem Antrag bitte eine Kopie der Vorder- und Rückseite Ihrer Versicherungskarte bei, oder machen Sie die folgenden Angaben:

Inhaber der Versicherungspolice:	Versicherer:	Nummer der Versicherungspolice:
Inhaber der Versicherungspolice:	Versicherer:	Nummer der Versicherungspolice:

#### 5. Lesen Sie vor dem Unterzeichnen die folgenden Punkte sorgfältig durch:

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass alle meine Angaben in diesem Antrag und alle beigefügten Dokumente wahrheitsgemäß sind.

- Ich bin mir bewusst, dass fehlerhafte, unvollständige oder falsche Angaben auf diesem Formular dazu führen können, dass mein Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt wird.
- Ich erteile Yale New Haven Health die Erlaubnis, alle Informationen zu überprüfen.
- Ich erteile Yale New Haven Health die Erlaubnis, meine Patientenakte anzufordern.
- Ich erkläre mich bereit, den vollen Betrag meiner finanziellen Unterstützung zurückzuzahlen, falls ich anderweitige Zahlungen, beispielsweise Leistungen aus einem Rechtsstreit, für die in diesem Antrag abgedeckten Leistungen erhalte.
- Ich erkläre mich bereit, Yale New Haven Health über sämtliche Änderungen zu informieren, die sich auf meine Anspruchsberechtigung für eine finanzielle Unterstützung auswirken könnten.
- Mir ist bekannt, dass Yale New Haven Health im Zusammenhang mit meinem Antrag auf finanzielle Unterstützung unter Umständen geschützte Gesundheitsinformationen (gemäß den Festlegungen in der HIPAA Privacy Rule, 42 CFR Teile 160 bis 164) über mich offenlegen muss, um meine Anspruchsberechtigung zu ermitteln.
- Mir ist bekannt, dass eine solche Offenlegung für Zahlungszwecke gemäß der HIPAA Privacy Rule erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder des rechtlich Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Antragstellers oder des rechtlich Bevollmächtigten in Druckbuchstaben

**Denken Sie daran, Ihrem Antrag auf finanzielle Unterstützung Einkommensnachweise oder ein erklärendes Schreiben beizufügen.**

**Senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag an:**

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