

Краткое описание политики финансовой помощи

Yale New Haven Health понимает, что некоторым пациентам может быть трудно оплатить свои счета за медицинские услуги. Именно поэтому у нас есть различные программы финансовой помощи, призванные вам помочь. Пациенты должны заполнить заявление на получение финансовой помощи и предоставить запрашиваемые документы, чтобы подтвердить необходимость в финансовых средствах.

Бесплатная медицинская помощь

Вы можете соответствовать критериям получения бесплатной медицинской помощи, если:

- заработок вашей семьи не превышает 2½ от федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL);
- вы заполнили заявление на получение финансовой помощи.

Скидка на медицинскую помощь

Вы можете соответствовать критериям получения скидки на медицинскую помощь, если:

- заработок вашей семьи не превышает 5½ от федерального прожиточного минимума;
- у вас нет страховки;
- вы заполнили заявление на получение финансовой помощи.

Плата по «скользящей шкале»

Вы можете соответствовать критериям оплаты услуг по «скользящей шкале», если:

- заработок вашей семьи не превышает 5½ от федерального прожиточного минимума;
- у вас есть страховка;
- вы заполнили заявление на получение финансовой помощи.

Часто задаваемые вопросы

При каком максимальном уровне дохода допускается участие в программах?

Подробную информацию о максимальном уровне дохода по каждой программе можно найти на веб-сайте:

www.ynhhs.org/financialassistance.

Существуют ли другие требования для получения финансовой помощи?

Чтобы иметь право на получение финансовой помощи, помимо соответствия требованиям к уровню дохода, у вас должны быть текущие счета или назначенный прием, а также вы должны быть гражданином или резидентом США.

Что покрывают программы финансовой помощи?

Наши программы финансовой помощи покрывают неотложную и иную необходимую по медицинским показаниям помощь только по счетам, выставленным Yale New Haven Health. Список поставщиков, услуги которых покрывает программа, можно найти на веб-странице: www.ynhhs.org/financialassistance.

Как долго я буду иметь право на такую помощь?

После того как будет одобрено предоставление вам медицинской помощи бесплатно, со скидкой или с оплатой по «скользящей шкале», вы будете иметь право на такую помощь в течение 12 месяцев с даты одобрения заявления.

Как я узнаю, одобрено ли мое заявление?

Мы ответим на каждое заявление в письменном виде. Если ваше заявление будет отклонено, вы можете подать его повторно в любое время. Дополнительные фонды по финансированию бесплатных мест в больнице формируются каждый год.

С кем мне следует связаться, если у меня остались вопросы?

Чтобы получить больше информации, бесплатную копию нашей политики финансовой помощи и заявление или помощь с его заполнением, свяжитесь со службой финансового обслуживания и приема пациентов по номеру 855-547-4584.

Дополнительная информация о программе Ограниченные средства на оплату места в больнице

Ограниченные средства на оплату места в больнице формируются из средств, пожертвованных для предоставления медицинской помощи бесплатно или со скидкой лицам, отвечающим индивидуальным критериям фонда. Вы можете иметь право на получение этих средств для снижения или аннулирования вашего счета, если у вас есть доказанная финансовая потребность, определенная номинатором фонда, и вы соответствуете всем критериям получения средств (у каждого фонда свои критерии). Ограниченные средства на оплату места в больнице предоставляются без учета дохода пациента. Право на получение средств определяется в каждом конкретном случае номинатором фонда на основании финансовых трудностей. Все пациенты, заполнившие заявление о предоставлении финансовой помощи YNHHS, будут автоматически рассмотрены в качестве кандидатов на получение ограниченных средств на оплату места в больнице.

Программа «Я и мой ребенок» (Me & My Baby) от Yale New Haven Hospital

Данная программа распространяется на пациентов Yale New Haven Hospital. В рамках этой программы вам будут бесплатно предоставлять медицинские услуги во время родов и в послеродовой период, если вы соответствуете следующим критериям:

1. Вы живете в округе Нью-Хейвен.
2. У вас нет медицинской страховки.
3. Заработок вашей семьи не превышает 2½ от федерального прожиточного минимума (см. таблицу максимального дохода).
4. Вы заполнили форму заявления для участия в программе «Я и мой ребенок».

Чтобы получить больше информации или заявление на участие в программе «Я и мой ребенок» от Yale New Haven Hospital, обратитесь к своему поставщику медицинского обслуживания или позвоните по номеру **203-688-2481**.

Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic предоставляет медицинскую помощь бесплатно или со скидкой лицам, подавшим заявление на членство в клинике и получившим одобрение на него. Если у вас нет страховки и вы не имеете права на государственное пособие (Medicaid), вы можете получить медицинскую помощь бесплатно или со скидкой, если:

1. Вы являетесь резидентом г. Гринвич.
2. Доход вашей семьи не превышает 4-х кратного федерального прожиточного минимума.

Чтобы получить дополнительную информацию или заявление, позвоните по номеру **203-863-3334**.

Примечание о программах

С пациентов, имеющих право на финансовую помощь, не будет взиматься плата, превышающая сумму, обычно выставляемую пациентам со страховкой за неотложную или другую необходимую по медицинским показаниям помощь. Некоторым группам пациентов с ограниченным владением английским языком предоставляются переводы нашей политики финансовой помощи, краткого описания политики финансовой помощи и заявления.

4. **Медицинское страхование.**

Имеете ли вы какую-либо медицинскую страховку, включая Medicare или Medicaid, или медицинскую страховку иностранного государства? ДА НЕТ

Если вы ответили «да», приложите к данному заявлению копию лицевой и оборотной стороны вашей страховой карты или укажите следующее:

Застрахованное лицо:	Страховая компания:	Номер страхового полиса:
Застрахованное лицо:	Страховая компания:	Номер страхового полиса:

5. **Внимательно прочитайте, прежде чем подписать:**

Своей подписью ниже я подтверждаю, что все указанное мною в этом заявлении и любом приложении является правдой.

- Я понимаю, что любая неверная, неполная или ложная информация в этой форме может привести к отклонению моего заявления на получение финансовой помощи.
- Я даю разрешение Yale New Haven Health на проверку любой информации.
- Я даю разрешение Yale New Haven Health на запрос моей кредитной истории.
- Я соглашаюсь вернуть всю сумму предоставленной мне финансовой помощи за услуги, указанные в данном заявлении, если я получу оплату любого рода, включая вознаграждение по судебному иску.
- Я соглашаюсь информировать Yale New Haven Health о любых переменах, которые могут изменить мое соответствие критериям получения финансовой помощи.
- Я понимаю, что в связи с моим заявлением на получение финансовой помощи Yale New Haven Health может потребоваться раскрытие моей защищенной медицинской информации (в соответствии с определением этого термина в положении о конфиденциальности закона HIPAA, 42 CFR, части 160–164), чтобы определить мое соответствие критериям получения помощи.
- Я понимаю, что любое такое раскрытие будет осуществляться в целях оплаты, согласно положению о конфиденциальности закона HIPAA.

Подпись лица, подающего заявление, или законного опекуна

Дата

Имя и фамилия лица, подающего заявление, или законного опекуна
(печатными буквами)

Не забудьте приложить к заявлению на получение финансовой помощи справку о доходах или письмо о получении материальной помощи.

Отправьте заполненные заявления по адресу:

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