

## Bản Tóm Lược Quy Định Hỗ Trợ Tài Chánh

Yale New Haven Health hiểu rằng một số bệnh nhân gặp khó khăn trong việc chi trả hóa đơn y tế. Vì thế, chúng tôi có nhiều chương trình hỗ trợ tài chánh để giúp đỡ bệnh nhân. Bệnh nhân phải điền đơn đăng ký hỗ trợ tài chánh và cung cấp các giấy tờ bắt buộc để chứng minh mình có nhu cầu cần được trợ giúp tài chánh.

Để tìm hiểu thêm, xin quý vị vui lòng tìm đọc nội dung bản Quy Định Hỗ Trợ Tài Chánh cũng như đơn đăng ký, tài liệu và mẫu đơn này được cấp phát miễn phí, hoặc nếu quý vị cần được giúp điền đơn đăng ký, vui lòng liên lạc phòng Dịch Vụ Tài Chánh Bệnh Nhân và Nhập Viện theo số 855-547-4584, vào trang web [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance) hoặc đến gặp chúng tôi tại các văn phòng phụ trách Nhập Viện tại: **Bệnh Viện Bridgeport**, 267 Grant Street, Bridgeport, CT; **Bệnh Viện Greenwich**, 5 Perryridge Road, Greenwich, CT; **Bệnh Viện Lawrence + Memorial**, 365 Montauk Avenue, New London, CT; **Bệnh Viện Westerly Hospital** 25 Wells Street, Westerly, RI; hoặc **Bệnh viện Yale New Haven Hospital**, 20 York Street, New Haven, CT.

### Chăm sóc miễn phí (Free care)

**Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được hỗ trợ chăm sóc miễn phí nếu:**

- Gia đình của quý vị có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 2½ lần Mức Nghèo Tiêu Chuẩn Liên Bang (tổng thu nhập tối đa được liệt kê trong bảng dưới đây)
- Quý vị nộp đơn xin Trợ Cấp Tiểu Bang (Medicaid) và nhận quyết định hợp lệ bằng văn bản của Tiểu Bang trong 6 tháng qua; và
- Quý vị điền và nộp đơn xin hỗ trợ tài chánh

### Chăm sóc giảm giá (Discounted care)

**Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được hỗ trợ chăm sóc giảm giá nếu:**

- Gia đình của quý vị có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 5½ lần Mức Nghèo Tiêu Chuẩn Liên Bang (tổng thu nhập tối đa được liệt kê trong bảng dưới đây)
- Quý vị không có bảo hiểm; và
- Quý vị điền và nộp đơn xin hỗ trợ tài chánh

### Thu Nhập Tối Đa

Số người trong gia đình	Chăm sóc miễn phí	Chăm sóc giảm giá
1	\$31.225	\$68.695
2	\$42.275	\$93.005
3	\$53.325	\$117.315
4	\$64.375	\$141.625

\*Chăm sóc miễn phí: thêm **\$11.050** cho mỗi thành viên bổ sung của hộ gia đình

\*Chăm sóc giảm giá: thêm **\$24.310** cho mỗi thành viên bổ sung của hộ gia đình

## Quy tài trợ giới hạn cho giường bệnh (Restricted bed funds)

Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được nhận hỗ trợ thông qua quy tài trợ giới hạn cho giường bệnh, quỹ này được quyên góp nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá cho những cá nhân đáp ứng đủ các tiêu chuẩn của quỹ tài trợ, để giúp giảm bớt hoặc loại bỏ hóa đơn y tế của quý vị nếu quý vị chứng minh được cho nhân viên đề cử của quỹ tài trợ thấy là quý vị cần được giúp đỡ tài chánh; và quý vị đáp ứng đủ tất cả các tiêu chuẩn để nhận tài trợ (mỗi quỹ tài trợ có tiêu chuẩn riêng). Không có giới hạn về thu nhập cho các trường hợp nhận hỗ trợ từ quỹ tài trợ giới hạn cho giường bệnh. Điều kiện để nhận tài trợ sẽ được nhân viên đề cử của quỹ xác định theo từng trường hợp dựa theo tình trạng khó khăn về tài chánh. Tất cả các bệnh nhân nộp đơn xin hỗ trợ tài chánh của YNHHS sẽ được tự động xem xét để nhận hỗ trợ quỹ tài trợ giới hạn cho giường bệnh.

## Chương Trình “Me & My Baby” (Tôi & Con Tôi) của Bệnh Viện Yale New Haven

Chương trình này áp dụng cho các bệnh nhân của Bệnh Viện Yale New Haven. Chương trình cung cấp dịch vụ chăm sóc tiền sản, chuyển dạ và sinh con, và một số dịch vụ hậu sản miễn phí cho những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nếu quý vị sống trong Quận New Haven; không có bất cứ loại bảo hiểm y tế nào; gia đình của quý vị có thu nhập thấp hơn hoặc bằng 2½ lần Mức Nghèo Tiêu Chuẩn Liên Bang (xem bảng thu nhập tối đa); quý vị nộp đơn xin Trợ Cấp Tiểu Bang (Medicaid) và nhận quyết định hợp lệ bằng văn bản. Để biết thêm chi tiết hoặc nhận mẫu đơn Chương Trình Me & My Baby (Tôi & Con Tôi) của Bệnh Viện Yale New Haven, vui lòng gặp nhân viên đại diện của chúng tôi tại trung tâm Women’s Center (Trung Tâm Phụ Nữ) hoặc gọi số **203-688-5470**.

## Phòng Khám Ngoại Trú Bệnh Viện Greenwich

Phòng Khám Ngoại Trú Bệnh Viện Greenwich cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá cho những cá nhân nộp đơn đăng ký hội viện phòng khám hoặc được phê duyệt để trở thành hội viên. Nếu quý vị không có bảo hiểm và không đủ tiêu chuẩn hưởng Trợ Cấp Tiểu Bang (Medicaid), quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được hỗ trợ bởi phòng khám nếu quý vị là cư dân tại Greenwich và thu nhập hộ gia đình thấp hơn hoặc bằng 4 lần Mức Nghèo Tiêu Chuẩn Liên Bang. Để biết thêm chi tiết hoặc nhận mẫu đơn, vui lòng gọi số **203-863-3334**.

## Lưu ý về các chương trình

Để đủ tiêu chuẩn nhận trợ giúp tài chánh, quý vị phải là công dân hoặc thường trú nhân của Hoa Kỳ. Những chương trình này đài thọ các dịch vụ cấp cứu và dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác. Các chương trình này CHỈ đài thọ các hóa đơn của Yale New Haven Health. Trong Quy Định Hỗ Trợ Tài Chánh (FAP), quý vị có thể tìm thấy đường dẫn gồm danh sách các nhà cung cấp có các dịch vụ chăm sóc này và liệu nhà cung cấp đó có tuân theo quy định FAP hay không. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chánh sẽ không phải trả tiền nhiều hơn số tiền thông thường được áp dụng cho bệnh nhân có bảo hiểm đối với những dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc những dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác. Yale New Haven Health sẽ gửi trả lời bằng văn bản đối với từng đơn đăng ký hỗ trợ. Nếu hồ sơ xin hỗ trợ của quý vị bị từ chối, quý vị có thể nộp lại hồ sơ lại bất cứ lúc nào. Mỗi năm chúng tôi có quỹ tài trợ bổ sung cho giường bệnh miễn phí. Một số nhóm dân cư đặc thù có khả năng Anh ngữ giới hạn được cung cấp các Bản Dịch của Quy Định Hỗ Trợ Tài Chánh, Bản Tóm Lược Quy Định Hỗ Trợ Tài Chánh và Mẫu Đơn của chương trình.

Để được trợ giúp vui lòng gọi điện đến số 1-855-547-4584.

### Tôi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính như thế nào?

Để đơn giản hóa thủ tục cho bệnh nhân Yale New Haven Health sử dụng một mẫu đơn cho hầu hết các chương trình hỗ trợ tài chính. Nếu quý vị là bệnh nhân của Bệnh Viện Yale New Haven và muốn nộp đơn Chương Trình Mẹ & My Baby (Tôi & Con Tôi), vui lòng liên lạc với nhân viên đại diện của chúng tôi tại trung tâm Women's Center (Trung Tâm Phụ Nữ) theo số 203-688-5470. Nếu quý vị là bệnh nhân của Bệnh Viện Greenwich và muốn nộp đơn cho phòng khám Ngoại Trú, vui lòng gọi số 203-863-3334.

**Lưu ý:** Quý vị phải có hoá đơn hiện tại hoặc lịch hẹn khám để đủ điều kiện tham gia chương trình hỗ trợ tài chính.

**Chương Trình Chăm Sóc Miễn Phí:** Thực hiện theo bước 1, 2, 3 và 4.

**Chương Trình Chăm Sóc Giảm Giá:** Thực hiện theo bước 2, 3 và 4.

### Bước 1: Nộp đơn xin Trợ Cấp Y Tế Tiểu Bang.

Đề đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình Chăm Sóc Miễn Phí, quý vị PHẢI nộp đơn xin Trợ Cấp Y Tế Tiểu Bang (Medicaid) tại tiểu bang nơi quý vị sinh sống và nhận một quyết định hợp lệ bằng văn bản cho đơn xin trợ cấp của quý vị. Quyết định từ chối trợ cấp là không "hợp lệ" nếu quyết định này được đưa ra vì quý vị không cung cấp thông tin hoặc không hợp tác.

Quý vị có thể nộp đơn xin trợ cấp Medicaid tại văn phòng Sở Dịch vụ Xã hội (DSS) tại địa phương. Cư dân CT xin gọi số 1-800-842-1508 (cư dân Rhode Island xin gọi số 1-855-840-4774) để tìm văn phòng DSS gần nhất hoặc nộp đơn trực tuyến tại [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com). Nhân viên Yale New Haven Health cũng có thể giúp quý vị điền vào đơn. Nếu quý vị cần được giúp đỡ, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-855-547-4584.

Ngay sau khi quý vị nhận được quyết định bằng văn bản của DSS, quý vị có thể nộp đơn tham gia chương trình Chăm Sóc Miễn Phí. Chúng tôi không thể chấp quyết định được ban hành quá 6 tháng.

### Bước 2: Điền thông tin vào đơn.

Vui lòng trả lời TẤT CẢ các câu hỏi, và ký tên sau đó ghi ngày tháng làm đơn. Nếu có câu hỏi nào không áp dụng cho trường hợp của gia đình quý vị, vui lòng ghi chữ "N/A" (có nghĩa là không áp dụng) vào chỗ trống phù hợp.

**Bước 3: Gửi kèm tài liệu chứng minh thu nhập.** Giấy chứng minh thu nhập là tài liệu thể hiện thu nhập gia đình quý vị tại thời điểm quý vị làm đơn. Vui lòng xem bảng bên phải để biết những loại tài liệu quý vị có thể dùng để chứng minh thu nhập.

**Bước 4: Gửi hồ sơ qua đường bưu điện.** Hồ sơ bao gồm: 1) Quyết định của DSS về tính hợp lệ của quý vị để nhận Trợ Cấp Tiểu Bang; 2) Đơn xin nhận trợ cấp đã được điền thông tin, ký tên và ghi ngày tháng; và 3) Chứng minh thu nhập và gửi đến:

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

### Những giấy tờ dưới đây có thể dùng để chứng minh thu nhập:

<p><b>Nếu thu nhập gia đình của quý vị từ ...</b></p>	<p><b>Quý vị có thể gửi kèm bản sao những giấy tờ sau đây để chứng minh thu nhập:</b> (Những giấy tờ này được cấp không quá sáu tháng, ngoại trừ trường hợp quý vị nộp Tờ Khai Thuế Liên Bang, tờ khai này có thể hơn sáu tháng.)</p>
<p><b>Lương theo giờ</b> (Nếu quý vị có lương hay được trả lương theo giờ cho một công việc)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hai (2) cuống phiếu lương gần đây nhất, <b>HOẶC</b></li> <li>- Thư của người sử dụng lao động có tiêu đề công ty, cho biết quý vị làm việc bao nhiêu giờ và mỗi giờ được trả bao nhiêu tiền (trước khi trừ thuế)</li> </ul>
<p><b>Thu nhập lao động tự do</b> (Nếu quý vị tự làm chủ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tờ Khai Thuế Thu Nhập Liên Bang gần đây nhất (quý vị phải ký tên trên tờ khai đó)</li> </ul>
<p><b>Trợ cấp</b> (Trợ Cấp cho An Sinh Xã Hội, Cựu Quân Nhân, Bồi Thường Lao Động, Thất Nghiệp, Lương Hưu, Hưu Trí, Tiền Trợ Cấp An Sinh Xã hội [SSI], trợ cấp ly hôn)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thư thông báo nhận trợ cấp gần đây nhất, <b>HOẶC</b></li> <li>- Bản sao kê trợ cấp, <b>HOẶC</b></li> <li>- Cuống chi phiếu</li> </ul>
<p><b>Thu nhập cho thuê tài sản</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bản sao hợp đồng cho thuê hoặc văn bản thỏa thuận cho thuê, trong đó có ghi rõ số tiền cho thuê, <b>HOẶC</b></li> <li>- Một lá thư do quý vị viết, thể hiện số tiền cho thuê quý vị thu về mỗi năm</li> </ul>
<p><b>Lãi suất, Cổ Tức, hoặc Niên Kim</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tờ Khai Thuế Thu Nhập Liên Bang gần đây nhất, <b>HOẶC</b></li> <li>- Bảng sao kê của tổ chức tài chính thể hiện số tiền và tần suất thanh toán cùng với số tiền đã trả trong năm nay cho đến ngày nộp đơn</li> </ul>
<p><b>Nếu quý vị không có thu nhập</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Một lá thư từ người đang bảo trợ quý vị, <b>HOẶC</b></li> <li>- Nếu quý vị không có người bảo trợ, quý vị hãy gửi một lá thư kèm chữ ký và ghi rõ ngày tháng để giải thích tình trạng tài chính của quý vị</li> </ul>

## Đơn Đăng Ký Tham Gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính

Yale New Haven Health sử dụng một mẫu đơn cho hầu hết các chương trình hỗ trợ tài chính. Khi điền vào đơn này, quý vị sẽ được xem xét có đủ điều kiện để nhận trợ cấp của các chương trình Chăm Sóc Miễn Phí, Chăm Sóc Giảm Giá và Quỹ Tài Trợ Giường Bệnh. Vui lòng xem hướng dẫn nộp đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính tại trang 2. Nếu có thắc mắc gì về mẫu đơn này, xin vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-547-4584.



### 1. Thông tin bệnh nhân

Họ		Tên	
Địa chỉ		Ngày sinh	
Thành phố	Bang	Mã Zip	Điện thoại
Nếu quý vị đang mang thai, quý vị sẽ hạ sinh ngày nào? _____			Số hồ sơ y tế (nếu có)
Tình trạng cư trú: <input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Visa (sinh viên, làm việc, du lịch) <input type="checkbox"/> Không phải công dân Hoa Kỳ			

### 2. Thông tin gia đình: Liệt kê thông tin về vợ hoặc chồng, và/hoặc con cái phụ thuộc sống chung một nhà. Không ghi thông tin về bạn đời không có hôn thú. Nếu cần ghi thêm thông tin, vui lòng gửi kèm một văn bản riêng.

Tên thành viên trong gia đình	Quan hệ với người nộp đơn	Ngày sinh

### 3. Thông tin thu nhập:

**Phải cung cấp thông tin thu nhập của quý vị và vợ/chồng quý vị.** Cung cấp tất cả các nguồn thu nhập. Nguồn thu nhập có thể bao gồm nhưng không giới hạn với: tiền công theo giờ/lương, trợ cấp ly hôn, trợ cấp an sinh xã hội, trợ cấp thất nghiệp, thu nhập cho thuê, bồi thường lao động, trợ cấp nuôi con. Nếu quý vị không có thu nhập, Nguồn thu nhập có thể bao gồm nhưng không bị giới hạn bởi: lương giờ/lương tháng, trợ cấp ly hôn, trợ cấp an sinh xã hội, trợ cấp thất nghiệp, thu nhập cho thuê, bồi thường lao động và trợ cấp nuôi con. Nếu quý vị không có thu nhập, hãy gửi kèm một lá thư hỗ trợ đơn đăng ký của quý vị. (Xem hướng dẫn ở Trang 2)

Tên thành viên trong gia đình	Nguồn thu nhập	Thu nhập trước thuế	Thất nghiệp/Không
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Tháng	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Tháng	<input type="checkbox"/>

#### 4. Bảo Hiểm Y Tế:

Quý vị có được đài thọ bởi bất kỳ bảo hiểm y tế nào không, kể cả Medicare hay Medicaid, hoặc bảo hiểm từ một quốc gia khác?  CÓ  KHÔNG

Nếu có, vui lòng gửi kèm bản sao mặt trước và sau thẻ bảo hiểm của quý vị cùng với đơn này, HOẶC cung cấp những thông tin sau đây:

Chủ hợp đồng bảo hiểm:	Công ty bảo hiểm:	Hợp đồng bảo hiểm số:
Chủ hợp đồng bảo hiểm:	Công ty bảo hiểm:	Hợp đồng bảo hiểm số:

#### 5. Vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên:

Khi ký tên vào mục phía dưới, tôi xác nhận là tất cả những điều tôi trình bày trong đơn này và trong tất cả các giấy tờ gửi kèm đều đúng sự thật.

- Tôi hiểu rằng nếu tôi điền thông không chính xác, không đầy đủ hoặc thông tin giả trong đơn này, đơn xin hỗ trợ tài chính của tôi có thể bị từ chối.
- Tôi cho phép Yale New Haven Health xác nhận tất cả và bất cứ thông tin nào ghi trong đơn.
- Tôi cho phép Yale New Haven Health yêu cầu bản báo cáo tín dụng của tôi.
- Tôi đồng ý trả lại toàn bộ số tiền đền bù liên quan đến hỗ trợ tài chính nếu tôi nhận thanh toán dưới bất cứ hình thức nào, bao gồm đền bù tổ tụng, cho những dịch vụ được đài thọ trong đơn này.
- Tôi đồng ý thông báo cho Yale New Haven Health biết mọi thay đổi có thể ảnh hưởng đến tính hợp lệ của tôi đối với chương trình hỗ trợ tài chính.
- Tôi hiểu rằng để xem xét đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính của tôi, Yale New Haven Health có thể phải tiết lộ Thông Tin Y Tế Được Bảo Vệ (vì điều kiện đó được xác định trong Quy Định về Quyền Riêng Tư HIPAA, 42 CFR, từ Phần 160 đến hết Phần 164) của tôi để xác định tính hợp lệ của tôi.
- Tôi hiểu rằng những thông tin được tiết lộ này được thực hiện cho mục đích thanh toán chi phí, theo đúng Quy Định về Quyền Riêng Tư HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của người nộp đơn hoặc người bảo hộ hợp pháp

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Tên in hoa của người nộp đơn hoặc người bảo hộ hợp pháp

**Đừng quên gửi kèm quyết định hợp lệ bằng văn bản đối với đơn đăng ký chương trình Medicaid và bằng chứng thu nhập hoặc thư hỗ trợ đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị.**

**Vui lòng gửi đơn đã điền thông tin đầy đủ về:**

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