

## 財務援助政策摘要

Yale New Haven Health 瞭解有些患者可能無法負擔他們的醫療帳單。這正是我們設計各種財務援助計畫的原因。患者必須完成財務援助申請，並提供必要的文件以驗證財務需求。

### 免費照護

如果您屬於以下情況，您可能符合免費照護資格：

- 您的家庭收入低於或等於聯邦貧窮線的 2½ 倍；以及
- 您已完成財務援助申請

### 折扣照護

如果您屬於以下情況，您可能符合折扣照護資格：

- 您的家庭收入低於或等於聯邦貧窮線的 5½ 倍；以及
- 您沒有保險；以及
- 您已完成財務援助申請

### 滑動比例

如果您屬於以下情況，您可能符合滑動比例資格：

- 您的家庭收入低於或等於聯邦貧窮線的 5½ 倍；以及
- 您有保險；以及
- 您已完成財務援助申請

## 常見問題集

### 符合相關計畫的最高收入等級是多少？

關於每項計畫的最高收入等級詳細資訊，請造訪 [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)。

### 是否有財務援助的其他資格要求？

除了符合收入資格以外，您必須是美國的公民或居民才符合資格。

### 財務援助的涵蓋範圍為何？

我們的財務援助計畫包含僅針對 Yale New Haven Health 帳單的急診與其他醫療必要的照護。涵蓋的提供者名單請參閱以下網址：[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)。

### 我享有資格的時間會持續多長？

在取得免費照護、折扣照護或滑動比例的核准之後，您在申請核准當日起的 12 個期間享有資格。

### 我怎麼知道我的申請是否取得核准？

我們會以書面方式回覆每個申請。如果您的申請遭到拒絕，您可以隨時重新提出申請。每年提供額外的免費病床資金。

**如果還有其他問題，我該與誰聯絡？** 若需要深入瞭解、索取免費的財務援助政策與申請資料，或是填寫申請表單的協助，請聯絡患者財務與住院服務部，電話：**855-547-4584**。

## 其他的詳細計畫資料

### 病床限定資金

捐贈的病床限定資金是用於為符合個別資金條件的個人提供免費或折扣照護。如果資金的提名者判定您有明確的財務需求，且您符合領取資金的所有資格條件，您可能符合領取這些資金的資格，以降低或免除您的帳單。領取病床限定資金並沒有明確的收入限制。資格由資金提名者根據財務困難情況，依個案來判定。填寫 YNHHS 財務援助申請的所有患者，都將自動納入病床限定資金的考量範圍。

### Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic 提供免費或折扣照護給申請診所會員並取得核准的個人。如果您沒有保險，且不符合州的援助資格 (Medicaid)，並且您屬於以下情況，您可能符合資格：

1. 您是 Greenwich 居民
2. 您的家庭收入低於或等於聯邦貧窮線的 4 倍。

如需瞭解更多資訊或者想要索取 Greenwich Hospital Outpatient Clinic 申請，請撥打 203-863-3334。

### 計畫備註

向符合財務援助資格的患者所收取的金額，不會超過具有急診或其他醫療必要照護保險患者的通常帳單金額。我們為英語能力有限的特定群體提供財務援助政策、財務援助政策摘要與申請資料等的翻譯。

## 我該如何申請財務援助？

為了簡化財務援助的申請，Yale New Haven Health 使用一份可針對大部分財務援助計畫的申請表單。若要申請，請完成以下步驟。

### 步驟 1：填寫申請表。

請回答所有的問題，並在申請表上簽名並標註日期。如果問題不適用於您的家庭，請在所提供的空格處寫下「N/A」（不適用）。

### 步驟 2：申請表單附上收入證明。

收入證明是一種文件，顯示您的家庭在您填寫申請表時的收入金額。請參考右邊表格中可以使用的文件類型。

### 步驟 3：郵寄申請表或本人造訪我們。

請附上：

1. 已填寫、簽名與標註日期的申請表
2. 收入證明

#### ✉ 郵寄：

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

#### 📠 傳真：203-688-1640

#### 🚶 本人親訪：

造訪我們的以下任何地點：

#### **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

深入瞭解、索取免費的財務援助政策資料，或是填寫申請表的協助



電話：

855-547-4584

週一至週五

早上 7:30 – 下午 5:00



線上：

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

## 以下文件可以做為收入證明：

如果您家庭的收入是來自.....	您可以附上這些文件副本做為收入證明：（這些文件不得超過六個月，您最近的聯邦報稅單除外，這些單據時間可能更久。）
<b>薪資</b> （如果您賺取一份薪水或工作是按鐘點支薪）	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 最近的二 (2) 筆薪資單，或</li> <li>– 僱主以公司信紙發出的信函，陳述您的工作時數與您的時薪（稅前）</li> </ul>
<b>自僱收入</b> （如果您為自己工作）	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 最近的聯邦報稅單</li> </ul>
<b>福利</b> （社會保障、退伍軍人、工傷賠償、失業、年金、退休基金、SSI、贍養費）	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 最近的福利發放信函，或</li> <li>– 福利報表，或</li> <li>– 薪資單</li> </ul>
<b>租金收入</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 租約副本或顯示租金金額的書面協議，或</li> <li>– 您撰寫的信函，註明您每年收取的租金金額</li> </ul>
<b>利息、股息、或年金款項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 最近的聯邦報稅單，或</li> <li>– 金融機構的對帳單，陳述支付金額與頻率，以及本年初至今的已支付的金額</li> </ul>
<b>如果您沒有收入</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 撫養您的人所提供的信函，或</li> <li>– 如果沒有人撫養您，寄送一份簽名並標註日期的信函，說明您目前的財務狀況</li> </ul>

## 財務援助計畫的申請

Yale New Haven Health 使用一份可針對大部分財務援助計畫的申請表。藉由完成申請，您將被列入免費照護、折扣照護、滑動比例與病床資金計畫的考量範圍。關於如何申請財務援助的說明，請參考第 2 頁。如果您有任何關於此申請表的問題，請來電與我們聯絡，電話號碼：**855-547-4584**。



### 1. 患者資訊：

姓氏		名字	
街道地址			出生日期
城市	州	郵遞區號	電話號碼
病歷號碼（若有）			

### 2. 家人資訊：

請列出同住的配偶和/或任何受撫養子女。請勿包括未結婚的伴侶。如果需要更多空間，請附上另一份文件。

家人姓名	與申請人的關係	出生日期

### 3. 收入資訊：

包括您與配偶的所有收入來源資訊。您與配偶必須取得的收入資訊。收入來源可以包括但不僅限於：工資/薪水、贍養費、社會保障、失業、租金收入、工傷賠償與子女撫養費。如果您沒有收入，請隨申請表附上佐證信函。（請參閱第 2 頁的說明）

家人姓名	收入來源	稅前賺取的金額	失業/無收入
		\$	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 雙週 <input type="checkbox"/> 每月	
		\$	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 雙週 <input type="checkbox"/> 每月	
		\$	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 雙週 <input type="checkbox"/> 每月	

#### 4. 健康保險：

您是否投保任何健康保險保單，包括 Medicare 或 Medicaid，或外國的保險？

是  否

若是，請在本申請表附上保險卡的正面與反面副本，或輸入以下資訊：

保單持有人：	保險公司：	保單號碼：
保單持有人：	保險公司：	保單號碼：

#### 5. 簽名前請仔細閱讀：

藉由在以下簽名，本人證明，本人在本申請表與任何附件上的一切陳述皆屬實。

- 本人瞭解，在本表上任何不正確、不完整或不實的資訊，都可能造成本人的財務援助申請遭到拒絕。
- 本人允許 Yale New Haven Health 驗證所有資訊。
- 本人允許 Yale New Haven Health 要求獲得本人的信用報告。
- 如果本人收到本申請表所涵蓋之服務的任何款項，包括法律訴訟的判決，本人同意全額償還已發放的財務援助。
- 本人同意告知 Yale New Haven Health 關於本人的財務援助資格之任何變更。
- 本人瞭解，關於本人申請的財務援助，Yale New Haven Health 可能需要揭露關於本人的受保護健康資訊（依 HIPAA 隱私規定，42 CFR 第 160 至 164 章對此條款的定義），以判定本人的資格。
- 本人瞭解，任何相關的揭露皆基於支付目的，如 HIPAA 隱私規定所定義。

\_\_\_\_\_  
申請人或法定監護人簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
申請人或法定監護人的正楷姓名

**請務必附上收入證明或佐證您財務團部申請的信函。**

**將填寫完成的申請表單郵寄至：**

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