

د مالي مرستې د تگلاري لنډيز

Yale New Haven Health پدې پوهيري چې د خيني ناروغانو لپاره دا ستونزمن كيدى شي چې د دوى طبي بيلونه تاديه كول برداشت كړي. له همدې امله مور د مالي مرستې بيلابيل برنامې لرو چې د مرستې لپاره ديزاين شوي. ناروغان ملزم دي چې د مالي مرستې غوښتنليك بشپړ كړي او د مالي اړتيا تصديق كولو لپاره غوښتل شوي سندونه چمتو كړي.

وريا پاملرنه

تاسو ممكن د وريا پاملرنې وړ ياست كه چيري:

- ستاسو كورنى د فدرالي غربت كچې څخه $2\frac{1}{2}$ چنده كم يا مساوي عايد لاسته راوړي؛ او
- تاسو د مالي مرستې غوښتنليك بشپړ كړئ

تخفيف پاملرنه

تاسو ممكن د تخفيف پاملرنې وړ ياست كه چيري:

- ستاسو كورنى د فدرالي غربت كچې څخه $5\frac{1}{2}$ چنده كم يا مساوي عايد لاسته راوړي؛
- تاسو بې بيمه يي؛ او
- تاسو د مالي مرستې غوښتنليك بشپړ كړئ

غخيدنى كچه

تاسو ممكن د غخيدنى كچې لپاره وړ ياست كه چيري:

- ستاسو كورنى د فدرالي غربت كچې څخه $5\frac{1}{2}$ چنده كم يا مساوي عايد لاسته راوړي؛
- تاسو بې بيمه يي؛ او
- تاسو د مالي مرستې غوښتنليك بشپړ كړئ

په مكرر ډول پوښتل شوي پوښتنې

ايا د برنامو لپاره د وړ كيدو ترټولو لويه عايد كچه څه ده؟

د هرې برنامې د تر ټولو لوړه كچه په اړه توضيحاتو لپاره د www.ynhhs.org/financialassistance څخه ليدنه وكړئ،

ايا د مالي مرستې لپاره نور شرايط شتون لري؟

د دې لپاره چې پر شرايطو برابر وگنل شي، تاسو بايد د عايد د اړتياوو پر بشپړولو سربېره، د متحده ايالاتو تبعه يا اوسيدونكى ياست.

ايا د مالي مرستې تر پوښن لاندې څه شى دي؟

زموږ د مالي مرستې برنامې يوازې د Yale New Haven Health بلونو لپاره بېرني او نور په طبي لحاظ لازمي پاملرنې پوښن كوي. د پوښن شوي وړاندې كوونكو لپست ته يو لينك په www.ynhhs.org/financialassistance كې موندل كيدى شي.

ايا زه به د څومره وخت لپاره وړ يم؟

يوځل د وريا پاملرنې، تخفيف پاملرنې، يا غخيدنى كچې، لپاره تصويب شوى، نو تاسو به د تصويب شوي غوښتنليك نېټې څخه د 12 مياشتو لپاره وړ ياست.

ايا زه په څنگه پوه شم كه چيري زما غوښتنليك تصويب شي؟

مور به هر غوښتنليك ته په ليكلي بڼه ځواب ووايو. كه چيري ستاسو غوښتنليك رد شي، تاسو په هر وخت كې بيا غوښتنه كولى شئ. اضافي وريا بستر بسپني هر كال شتون لري.

ايا كه چيري زه اضافي پوښتنې ولرم نو له چا سره اړيکه ونيسم؟
د نور زده كړې لپاره، زموږ د مالي مرستې تگلاري او غوښتنليك وريا كاپي ترلاسه كړئ، يا د غوښتنليك بشپړولو كې د مرستې لپاره په **855-547-4584** باندې د ناروغه مالي او داخوني خدماتو سره اړيکه ونيسئ.

د برنامې اضافي توضيحات

محدوده بستر بسپني

د محدوده بستر بسپني هغه اشخاصو ته د وريا يا تخفيف پاملرنې وړاندې كولو لپاره بسپنه شوي څوك چې د انفرادي بسپني معيارونه پوره كوي. تاسو ممكن د خپل بل د كمولو يا له مينځه وړو لپاره د دې بسپنو ترلاسه كولو مستحق اوسئ كه چيري تاسو د بسپني نوم ليكونكي لخوا ټاكل شوي مالي اړتيا شولدي وي او تاسو د بسپنو ترلاسه كولو د وړتيا ټول معيارونه پوره كړئ (هره بسپنه ځانگړى معيار لري). د محدوده بستر بسپنو ترلاسه كولو لپاره هيڅ ځانگړي عايد محدوديتونه شتون نه لري. وړتيا د كيس كيس په اساس د مالي مشكلاتو پر بنسټ د بسپني نوم ليكونكى لخوا ټاكل كيري. ټول ناروغان څوك چې د YNHHS مالي مرستې غوښتنليك ډكوي به په اوټومات ډول د محدوده بستر بسپنو لپاره په پام كې نيول شي.

Greenwich Hospital بهرنى ناروغ كلينيك

د Greenwich Hospital بهرنى ناروغ كلينيك هغو افرادو ته تخفيف پاملرنې وړاندې كوي څوك چې غوښتنه كوي او د كلينيك غړيتوب لپاره تصويب شي. كه چيري تاسو بيمه نه لرئ، او د دولت مرستې (ميډيكايد) لپاره وړ نه ياست نو تاسو ممكن وړ كيدى شيكه چيري:

1. تاسو د گرينويچ اوسيدونكى ياست
2. تاسو د كورنى عايد د فدرالي غربت كچې څخه 4 چنده كم يا مساوي ياست.

د نورو معلوماتو Greenwich Hospital Outpatient Clinic كې د گډون لپاره، په مهرباني سره 203-863-3334 ته زنگ ووهئ.

د برنامو په اړه يوه يادونه

هغه ناروغان چې د مالي مرستې لپاره وړ دي د بېرني يا د نور طبي لحاظ اړين پاملرنې لپاره د بيمې سره د ناروغانو به د معمول له پلوه د بل شوي مقدار څخه به ډير لگښت ونه لري. زموږ د مالي مرستې پاليسي ژباړي، د مالي مرستې تگلاري لنډيز او غوښتنليك د ځانگړي ډلو لپاره شتون لري چې د انگليسي محدوده مهارت لري.

ایا زه څنگه کولی شم د مالي مرستې لپاره غوښتنه وکړم؟

د مالي مرستې غوښتنې اسانه کولو لپاره، د Yale New Haven Health د ډیرو مالي مرستې برنامو لپاره یو غوښتنلیک کاروي. د غوښتنې لپاره، لاندې ګامونه بشپړ کړئ.

ګام 1: غوښتنلیک بشپړ کړئ.

لطفاً ټولو پوښتنو ته ځواب ووايست او غوښتنلیک لاسلیک او نیټه کړئ. که چېرې یوه پوښتنه ستاسو کورنۍ باندې نه پلي کیږي، لطفاً په ورکړل شوي ځای کې "N/A" (که چېرې نه پلي کیږي) ولیکئ.

ګام 2: خپل غوښتنلیک ته د عاید ثبوت ضمیمه کړئ. د عاید ثبوت یو سند دی چې ښایي ستاسو کورنۍ د غوښتنلیک ډکولو په وخت کې څومره عاید ترلاسه کوي. د سندونو ډولونو لپاره ښي اړخ کې جدول وګورئ چې ممکن وکارول شي.

ګام 3: غوښتنلیک واستوئ یا مور سره په شخصي ډول لیدنه وکړئ. لطفاً دا شامل کړئ:

1. بشپړ شوی، لاسلیک شوی او نیټه شوی غوښتنلیک
2. د عاید ثبوت

په میل باندې: 

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

د فکس له لارې: 203-688-1640 

په شخصي ډول: 

لاندې زموږ په هر ځای کې مور سره لیدنه وکړئ:

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

د نور زده کړې لپاره، زموږ د مالي مرستې تکلاري وړیا کاپي ترلاسه کړئ، یا د مرستې لپاره غوښتنلیک بشپړ کړئ



آنلاین:

www.ynhhs.org/financialassistance



د تلیفون له لارې:

855-547-4584

دوشنبې تر جمعي پورې سهار
7:30 – مازیگر 5:00 پوري

لاندې سندونه د عاید د ثبوت په توګه کارول کیدی شي:

<p>تاسو ممکن د دې سندونو کاپي د عاید ثبوت لپاره ضمیمه کړئ: (دا سندونه باید تر شپږو میاشتو څخه ډیر زاره نه وي، ستاسو د تر ټولو اوسني فدرالي ماليي بیرته ستنیدو پرته، کوم چې ممکن زاره وي.)</p>	<p>که چېرې ستاسو د کورنۍ عاید له...</p>
<p>دوه (2) د تر ټولو وروستي تنخواګانې، او د شرکت لیک سریزې باندې ستاسو د کار ګمارونکي څخه یو لیک بیانوي چې تاسو څو ساعته کار کوي او تاسو په هر ساعت کې څومره پیسې لاسته راوړئ (د مالیاتو څخه مخکې)</p>	<p>مزدوري (که چېرې تاسو معاش ترلاسه کوئ یا د یوې دندې لپاره د ساعت لخوا معاش ترلاسه کوئ)</p>
<p>پر عاید د فدرالي ماليي وروستۍ رسید</p>	<p>خپل خان سره ګمارل شوي عاید (که چېرې تاسو د خپل خان لپاره کار کوئ)</p>
<p>تر ټولو وروستي ګټي ګټي جایزه، یا د معاشونو بیان، یا چک ټوټي</p>	<p>معاشونه (ټولنیز امنیت، تجربه کاره، د کارګر معاوضه، بیکاري، تقاعد، د تقاعد معاش، SSI، او نفقه)</p>
<p>د کرایې مقدار ښودلو اجارې یا لیکلي تړون کاپي، یا ستاسو لخوا لیکل شوی یو لیک، چې د کرایې اندازه ښایي چې تاسو یې په یو کال کې ترلاسه کوئ</p>	<p>د کرایې عاید</p>
<p>تر ټولو وروستي فدرال عایداتو ماليي بیرته ستنیدنه، یا د مالي موسسې څخه بیان چې د تادیاتو فریکوینسي او مقدار او سرکال تر دې نیټې تادیه شوي پیسې بیانوي.</p>	<p>سود، ګټي یا کلني تادیات</p>
<p>د هغه کس لخوا یو لیک څوک چې تاسو ملاتړ کوي، یا که چېرې تاسو داسې یو څوک نه لرئ څوک چې ستاسو ملاتړ کوي، نو یو لاسلیک شوی او نیټي لیک مو واستوئ چې ستاسو د اوسني مالي وضعیت تشریح کوي</p>	<p>که چېرې تاسو هیڅ عاید نه لرئ</p>

د مالي مرستې برنامو لپاره غوښتنلیک

د Yale New Haven Health د ډیرو مالي مرستې برنامو لپاره یو غوښتنلیک کاروي. د دې غوښتنلیک په بشپړولو سره تاسو به زموږ د وریا پاملرنې، تخفیف پاملرنې، غځیدنې کچې او د بستر بسپنې برنامو لپاره وگڼل شې. د مالي مرستې لپاره څنگه غوښتنه وکړو په اړه لارښوونو لپاره، لطفاً پانې 2 ته مراجعه وکړئ. که چیرې تاسو د دې غوښتنلیک په اړه کومه پوښتنه لرئ، موږ ته په 855-547-4584 زنگ ووهئ.

1. د ناروغ معلومات:

وروستی نوم	لمړی نوم
د کورني ادرس	د زېږون نېټه
ښار	ایالت
زېږون کور	تلیفون شمیره
طبي ریکارډ شمیره (که چیرې شتون ولري)	

2. د کورني معلومات: خپله میرمن او/یا کوم کورني پوري اړوند ماشومان چې ستاسو په کورني کې اوسېږي لیست کړئ. یې واده شریکان مه شاملوئ. که چیرې ډیر خای لازمي وي، لطفاً یو جلا سند ضمیمه کړئ.

د کورني غړي نوم	د غوښتونکي سره اړیکه	د زېږون نېټه

3. د عاید معلومات:

ستاسو او ستاسو د میرمن لپاره د عاید په ټولو سرچینو معلومات شامل کړئ. ستاسو او ستاسو د میرمنې لپاره د عاید معلومات باید وړاندې شې. د عاید سرچینې کې شامل کیدی شي مگر محدود ندي دي ته: مزدوري/معاش، نفقه، ټولنیز امنیت، بیکاري، د کرایې عاید، د کارگر معاوضه، او د ماشومانو ملاتړ. که چیرې تاسو عاید نه لرئ، نو خپل غوښتنلیک ته د ملاتړ لیک ضمیمه کړئ. (لارښوونې په پاڼه 2 باندې وگورئ)

د کورني غړي نوم	د عاید سرچینه	د مالیاتو مخکې لاسته راوړني پیسې	بیکاري / هېڅ عاید نه لری
		\$ _____ اونیزه <input type="checkbox"/> دوه-اونیزه <input type="checkbox"/> میاشتنی <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ اونیزه <input type="checkbox"/> دوه-اونیزه <input type="checkbox"/> میاشتنی <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ اونیزه <input type="checkbox"/> دوه-اونیزه <input type="checkbox"/> میاشتنی <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. د روغتیا بیمه:

ایا تاسو د روغتیا بیمې کومې تگلارې لاندې پوښلې باسئ، پشمول د Medicare یا Medicaid، یا د بهرني هیواد څخه پوښنې؟ هو نه

که چیرې هو وي، لطفاً دې غوښتنلیک ته د خپل بیمې کارت مخکینی او شا کاپي ضمیمه کړئ یا لاندې یې دننه کړئ:

تگلاره لرونکی:	بیمه کوونکی:	تگلارې شمیره:
تگلاره لرونکی:	بیمه کوونکی:	تگلارې شمیره:

5. لطفاً د لاسلیک کولو مخکې په احتیاط سره ولولئ:

- د لاندې لاسلیک کولو سره، زه دا تصدیق کوم چې هرڅه چې ما پدې غوښتنلیک کې ويلي او هر یوه ضمیمه ریننټیا ده.
- زه پدې پوهیږم چې پدې فورمه کې کوم ناسم، نابشپړ، یا غلط معلومات د مالي مرستې لپاره زما د غوښتنې د رد کېدو پایله کېدی شي.
 - زه د Yale New Haven Health ته اجازه ورکوم چې هر ډول او ټول معلومات تصدیق کړي.
 - زه د خپل کرډیټ راپور غوښتنه کولو لپاره Yale New Haven Health ته اجازه ورکوم.
 - زه موافق یم چې زما د مالي مرستې جایزې پوره پیسې بیرته ورکړم که زه د دې غوښتنلیک لخوا پوښنې شوي خدماتو لپاره د هر ډول تادیبې، په گډون د دعوی څخه جایزه ترلاسه کړم.
 - زه موافق یم چې د هر بدلون څخه Yale New Haven Health خبر کړم کوم چې ممکن د مالي مرستې لپاره زما وړتیا بدله کړي.
 - زه پدې پوهیږم چې د مالي مرستې لپاره زما د غوښتنلیک سره په تړاو کې، د Yale New Haven Health ممکن زما د وړتیا ټاکلو لپاره زما په اړه محافظتي روغتیا معلومات (لکه څنګه چې دا اصطلاح د HIPAA محرمیت قانون، د CFR 42 برخې 160 تر 164 پورې کې معرفي شوي) افشا کولو ته اړتیا ولري.
 - زه پدې پوهیږم چې دا ډول کوم افشا کول به د تادیاتو موخو لپاره وي، لکه څنګه چې د HIPAA محرمیت قواعد کې تعریف شوي.

نیتیه

د عریضه کوونکي کس یا د قانوني سرپرست لاسلیک

د عریضه کوونکي کس یا د قانوني سرپرست چاپ شوی نوم

په یاد ولرئ چې د خپل مالي مرستې غوښتنلیک سره د عاید ثبوت یا د ملاتړ یو لیک شامل کړئ.

بشپړ شوي غوښتنلیکونه دې ته واستوئ:

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