

## مالی معاونت (Financial Assistance) کی پالیسی کا خلاصہ

Yale New Haven Health اس بات کو سمجھتا ہے کہ کچھ مریضوں کے لیے اپنے طبی بلوں کی ادائیگی کرنے کا متحمل ہونا مشکل ہو سکتا ہے۔ اسی وجہ سے ہمارے پاس آپ کی مدد کے لیے بنائے گئے کئی طرح کے مالی معاونت کے پروگرام موجود ہیں۔ مریضوں سے مالی معاونت کی درخواست مکمل کرنے اور مالی ضرورت کی تصدیق کے لیے مطلوبہ دستاویزات فراہم کرنے کا تقاضا کیا جاتا ہے۔

### بلا معاوضہ نگہداشت

آپ مفت نگہداشت کے اہل ہو سکتے/سکتی ہیں اگر:

- آپ کا خاندان وفاقی سطح غربت سے  $2\frac{1}{2}$  گنا کم یا اس کے برابر کماتا ہے؛ اور
- آپ مالی معاونت کی درخواست مکمل کرتے ہیں

### رعایتی نگہداشت

آپ رعایتی دیکھ بھال کے اہل ہو سکتے/سکتی ہیں اگر:

- آپ کا خاندان وفاقی سطح غربت سے  $5\frac{1}{2}$  گنا کم یا اس کے برابر کماتا ہے؛ اور
- آپ کا بیمہ نہیں ہوا ہے؛ اور
- آپ مالی معاونت کی کوئی درخواست مکمل کرتے ہیں

### تدریجی پیمانہ

آپ تدریجی پیمانہ کے اہل ہو سکتے/سکتی ہیں اگر:

- آپ کا خاندان وفاقی سطح غربت سے  $5\frac{1}{2}$  گنا کم یا اس کے برابر کماتا ہے؛ اور
- آپ بیمہ شدہ ہیں؛ اور
- آپ مالی معاونت کی درخواست مکمل کرتے ہیں

### اکثر پوچھے گئے سوالات

پروگراموں کا اہل ہونے کے لیے زیادہ سے زیادہ آمدنی کی سطحیں کیا ہیں؟

ہر پروگرام کی زیادہ سے زیادہ آمدنی کی سطح کی تفصیلات کے لیے ملاحظہ کریں [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)

### کیا مالی معاونت کے لیے دیگر اہلیتیں بھی ہیں؟

آمدنی سے متعلق اہلیتوں کو پورا کرنے کے علاوہ، اہل بننے کے لیے آپ لازماً ریاستہائے متحدہ امریکہ کے شہری یا رہائشی ہونے چاہئیں۔

### مالی معاونت کے تحت کیا احاطہ کیا جاتا ہے؟

ہمارے مالی معاونت کے پروگرام صرف Yale New Haven Health کے بلوں کے لیے ایمرجنسی اور دیگر طبی طور پر ضروری دیکھ بھال کا احاطہ کرتے ہیں۔ احاطہ کردہ فراہم کنندگان کی فہرست کا لنک یہاں سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)

### میں کب تک اہل رہوں گا/گی؟

مفت نگہداشت، رعایتی نگہداشت، یا تدریجی پیمانہ کے لیے منظور ہونے کے بعد، آپ منظور شدہ درخواست کی تاریخ سے 12 ماہ تک اہل ہوں گے۔

### مجھے کیسے پتہ چلے گا کہ میری درخواست منظور ہو گئی ہے؟

ہم ہر درخواست کا تحریری طور پر جواب دیں گے۔ اگر آپ کی درخواست مسترد کر دی جاتی ہے، تو آپ کسی بھی وقت دوبارہ درخواست دے سکتے ہیں۔ اضافی مفت بیڈ فنڈز ہر سال دستیاب ہوتے ہیں۔

مندرجہ ذیل دستاویزات کو آمدنی کے ثبوت کے طور پر استعمال کیا جا سکتا ہے:

### اگر میرے کوئی اضافی سوالات ہوں تو میں کس سے رابطہ کر سکتا/سکتی ہوں؟

مزید جاننے کے لیے، ہماری مالی معاونت کی پالیسی اور درخواست کی مفت کاپی حاصل کریں، یا درخواست مکمل کرنے میں مدد کے لیے، مریض مالیاتی اور داخلہ کی خدمات (Patient Financial and Admitting Services) سے **855-547-4584** پر رابطہ کریں۔

### پروگرام کی اضافی تفصیلات

#### محدود بیڈ فنڈز

محدود بیڈ فنڈز ان افراد کو مفت یا رعایتی نگہداشت فراہم کرنے کے لیے عطیہ کیے گئے ہیں جو انفرادی فنڈ کے معیار پر پورا اترتے ہیں۔ آپ اپنے بل کو کم یا ختم کرنے کے لیے یہ فنڈز وصول کرنے کے اہل ہو سکتے ہیں اگر آپ نے فنڈ کے نامزد کنندہ کی جانب سے متعین کردہ مالی ضرورت کو ظاہر کیا ہے اور آپ فنڈز حاصل کرنے کے لیے اہلیت کے تمام معیارات پر پورا اترتے ہیں (ہر فنڈ مفرد معیار رکھتا ہے)۔ محدود بیڈ فنڈز کی وصولی کے لیے آمدنی کی کوئی مخصوص حد لاگو نہیں ہوتی ہے۔ اہلیت کا تعین مالی مصائب کی بنیاد پر فنڈ کے نامزد کنندگان کی جانب سے ہر ایک مریض کے لحاظ سے کیا جاتا ہے۔ YNHHS مالی معاونت کی درخواست کو پُر کرنے والے تمام مریضوں کو خود بخود محدود بیڈ فنڈز کے لیے زیر غور لایا جائے گا۔

### گرین وچ ہسپتال بیرونی مریض کلینک

#### (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

گرین وچ ہسپتال آؤٹ پشٹنٹ کلینک ان افراد کو مفت یا رعایتی دیکھ بھال فراہم کرتا ہے جو کلینک کی رکنیت کے لیے درخواست دیتے ہیں اور اس سے منظور شدہ ہیں۔ اگر آپ نے بیمہ نہیں کرایا ہوا ہے، اور ریاستی امداد (Medicaid) کے اہل نہیں ہیں، تو آپ اہل ہو سکتے/سکتی ہیں اگر:

1. آپ گرین وچ کے رہائشی ہیں
2. آپ کی خاندانی آمدنی وفاقی سطح غربت سے 4 گنا کم یا اس کے برابر ہے۔ مزید معلومات کے لیے یا گرین وچ ہسپتال آؤٹ پشٹنٹ کلینک کی درخواست حاصل کرنے کے لیے، براہ مہربانی 203-863-3334 پر کال کریں۔

### پروگراموں کے بارے میں ایک نوٹ

مالی معاونت کے اہل مریضوں سے اس رقم سے زیادہ چارج نہیں کیا جائے گا جو عام طور پر ایمرجنسی یا دیگر طبی طور پر ضروری دیکھ بھال کے لیے بیمہ شدہ مریضوں سے وصول کی جاتی ہے۔ انگریزی کی محدود مہارت کے حامل مخصوص گروپوں کے لیے ہماری مالی معاونت کی پالیسی، مالی معاونت کی پالیسی کا خلاصہ اور درخواست کا ترجمہ دستیاب ہے۔

## مندرجہ ذیل دستاویزات کو آمدنی کے ثبوت کے طور پر استعمال کیا جا سکتا ہے:

## میں مالی معاونت کے لیے کیسے درخواست دوں؟

مالی معاونت کے لیے درخواست دینے کے عمل کو آسان بنانے کے لیے، Yale New Haven Health زیادہ تر مالی معاونت کے پروگراموں کے لیے ایک درخواست کا استعمال کرتا ہے۔ درخواست دینے کے لیے، ذیل کے مراحل کو مکمل کریں۔

### مرحلہ 1: درخواست مکمل کریں۔

براہ مہربانی تمام سوالات کے جوابات دیں اور درخواست پر دستخط کریں اور تاریخ درج کریں۔ اگر کوئی سوال آپ کے خاندان پر قابل اطلاق نہیں ہے، تو براہ مہربانی فراہم کردہ جگہ میں "N/A" یعنی (قابل اطلاق نہیں) لکھیں۔

### مرحلہ 2: اپنی درخواست کے ساتھ

آمدنی کا ثبوت منسلک کریں۔ آمدنی کا ثبوت ایک دستاویز ہے جو ظاہر کرتی ہے کہ آپ کی درخواست بھرتے وقت آپ کے خاندان کی کتنی آمدنی ہوتی ہے۔ استعمال ہو سکنے والی دستاویزات کی اقسام کے لیے بائیں جانب جدول دیکھیں۔

### مرحلہ 3: درخواست بذریعہ ڈاک بھیجیں یا خود ہمارے پاس تشریف لائیں۔

براہ مہربانی شامل کریں:  
1. مکمل، دستخط شدہ اور تاریخ شدہ درخواست  
2. آمدنی کا ثبوت

### ✉ بذریعہ ڈاک:

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

بذریعہ فیکس: 203-688-1640

### 🚶 بذاتِ خود:

ذیل میں سے ہمارے کسی بھی مقام پر تشریف لائیں:

**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

مزید جاننے کے لیے، ہماری مالی معاونت کی پالیسی کی مفت کاپی حاصل کریں، یا اگر آپ کو درخواست مکمل کرنے میں مدد چاہیے ہو



آن لائن:

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

بذریعہ فون:

855-547-4584

پیر سے جمعہ

صبح 7:30 سے شام 5 بجے تک

<p>آپ آمدنی کے ثبوت کے طور پر ان دستاویزات کی کاپیاں منسلک کر سکتے ہیں: (یہ دستاویزات چھ ماہ سے زیادہ پرانی نہ ہوں، سوائے آپ کے حالیہ وفاقی ٹیکس ریٹرن کے، جو پرانی بھی کارآمد ہو سکتی ہے۔)</p>	<p>اگر آپ کے خاندان کی آمدنی یہاں سے ہے...</p>
<p>اجرتیں (اگر آپ تنخواہ لیتے ہیں یا ملازمت کے لیے گھنٹے کے حساب سے ادائیگی حاصل کرتے ہیں)</p>	<p>– دو (2) حالیہ ترین پے اسٹیٹس، یا کمپنی کے لیٹر ہیڈ پر آپ کے آجر کا ایک خط جس میں بیان کیا گیا ہو کہ آپ کتنے گھنٹے کام کرتے ہیں اور آپ فی گھنٹہ کتنا کماتے ہیں (ٹیکس سے پہلے)</p>
<p>آزاد پیشہ آمدنی (اگر آپ اپنے لیے کام کرتے ہیں)</p>	<p>– حالیہ ترین وفاقی آمدنی ٹیکس ریٹرن</p>
<p>بینیفٹس/فوائد (سوشل سیکورٹی، ویٹران، کارکن کا معاوضہ، بیروزگاری، پنشن، ریٹائرمنٹ فنڈز، SSI، نان و نفقہ)</p>	<p>– حالیہ ترین فوائد سے نوازنے کا خط، یا فوائد کا اسٹیٹمنٹ، یا چیک اسٹیٹمنٹ</p>
<p>کرائے کی آمدنی</p>	<p>– لیز یا تحریری معاہدے کی کاپی جو کرایہ کی رقم ظاہر کرتی ہو، یا آپ کا تحریر کردہ ایک خط، جو آپ کو وصول ہونے والا کرایہ کی رقم کی نشاندہی کرتا ہو</p>
<p>سود، منقسمہ منافع، یا سالانہ وظیفے کی ادائیگیاں</p>	<p>– حالیہ ترین وفاقی آمدنی ٹیکس ریٹرن، یا مالیاتی ادارے کا اسٹیٹمنٹ جس میں رقم اور ادائیگیوں کی تعداد اور اس سال اب تک ادا کی گئی رقم بتائی گئی ہو</p>
<p>اگر آپ کی کوئی آمدنی نہیں ہے</p>	<p>– آپ کی امداد کرنیوالے شخص کی جانب سے ایک خط، یا اگر آپ کی امداد کرنیوالا کوئی شخص نہیں ہے، تو آپ کی موجودہ مالی صورتحال کی وضاحت کرتا ہوا ایک دستخط شدہ اور تاریخ شدہ خط بھیجیں</p>

## مالی معاونت کے پروگراموں کے لیے درخواست

Yale New Haven Health زیادہ تر مالی معاونتی پروگراموں کے لیے ایک درخواست استعمال کرتا ہے۔ اس درخواست کو مکمل کرنے پر آپ کو ہمارے مفت نگہداشت، رعایتی نگہداشت، تدریجی پیمانہ اور ہیڈ فنڈ پروگراموں کے لیے زیر غور لایا جائے گا۔ مالی معاونت کے لیے درخواست دینے کے طریق کار سے متعلق ہدایات کے لیے، براہ مہربانی صفحہ 2 دیکھیں۔ اگر آپ کے اس درخواست سے متعلق کوئی سوال ہیں، تو ہمیں 855-547-4584 پر کال کریں۔

### 1. مریض کی معلومات:

آخری نام	پہلا نام
گلی کا پتہ	تاریخ پیدائش
شہر	ریاست
زپ کوڈ	ٹیلیفون نمبر
میڈیکل ریکارڈ نمبر (اگر دستیاب ہو)	

### 2. خاندان کی معلومات:

اپنے/اپنی شریک حیات اور/یا آپ کے گھرانے میں رہنے والے کسی بھی زیر کفالت بچوں کو فہرست میں درج کریں۔ غیر شادی شدہ ساتھی کو شامل نہ کریں۔ اگر مزید جگہ درکار ہو، تو براہ مہربانی ایک علیحدہ دستاویز منسلک کریں۔

خاندان کے فرد کا نام	درخواست گزار سے رشتہ	تاریخ پیدائش

### 3. آمدنی کی معلومات:

اپنی اور اپنے شریک حیات کی آمدنی کے تمام ذرائع کے بارے میں معلومات شامل کریں۔ اپنی اور اپنے شریک حیات کی آمدنی کی معلومات لازماً فراہم کی جانی چاہیے۔ آمدنی کے ذرائع میں یہ شامل ہو سکتے ہیں لیکن ان کے علاوہ بھی ہو سکتے ہیں: اجرتیں/تنخواہ، نان و نفقہ، سماجی تحفظ، بے روزگاری، کرانے کی آمدنی، کارکن کا معاوضہ، اور بچے کی امداد۔ اگر آپ کی کوئی آمدنی نہیں ہے، تو اپنی درخواست کے ساتھ معاونت کا خط منسلک کریں۔ (صفحہ 2 پر ہدایات دیکھیں)

خاندان کے فرد کا نام	آمدنی کا ذریعہ	ٹیکس سے پہلے کمائی جاتیوالی رقم	بے روزگار / کوئی آمدنی نہیں
		\$	<input type="checkbox"/>
		بفٹہ وار <input type="checkbox"/> دو ہفتہ وار <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/>	
		\$	<input type="checkbox"/>
		بفٹہ وار <input type="checkbox"/> دو ہفتہ وار <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/>	
		\$	<input type="checkbox"/>
		بفٹہ وار <input type="checkbox"/> دو ہفتہ وار <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/>	

### 4. صحت کا بیمہ:

کیا آپ کو میڈیکینر (Medicare) یا میڈیکائیڈ (Medicaid) سمیت کسی بھی صحت کی انشورنس پالیسی کے تحت یا کسی بیرونی ملک سے کوریج کے تحت احاطہ/بیمہ کیا گیا ہے؟  ہاں  نہیں

اگر ہاں، تو براہ مہربانی اپنے انشورنس کارڈ کے سامنے اور پیچھے کے رُخ کی ایک کاپی اس درخواست کے ساتھ منسلک کریں یا درج ذیل درج کریں:

پالیسی کا حامل:	بیمہ کنندہ:	پالیسی کا نمبر:
پالیسی کا حامل:	بیمہ کنندہ:	پالیسی کا نمبر:

## 5. براہ مہربانی دستخط کرنے سے پہلے بغور پڑھ لیں:

ذیل میں دستخط کر کے، میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے اس درخواست پر جو کچھ بھی بیان کیا ہے اور کوئی بھی منسلک دستاویز وہ صداقت پر مبنی ہیں۔

- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس فارم پر کسی بھی غیر درست، نامکمل یا غلط معلومات کا نتیجہ مالی معاونت کے لیے میری درخواست کے مسترد ہونے کی صورت میں ظاہر ہوسکتا ہے۔

- میں Yale New Haven Health کو کسی بھی اور تمام معلومات کی تصدیق کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

- میں Yale New Haven Health کو اپنی کریڈٹ رپورٹ کی درخواست کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

- میں اس درخواست میں احاطہ کردہ سروسز کے لیے، اپنی مالی معاونت کی عطیابی کی پوری رقم واپس کرنے سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں اگر مجھے کسی بھی قسم کی ادائیگی موصول ہوتی ہے، بشمول جو مقدمے کے ذریعے حاصل کی جاتی ہے۔

- میں Yale New Haven Health کو کسی بھی ایسی تبدیلی سے متعلق مطلع کرنے سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں جو مالی معاونت کے لیے میری اہلیت کو بدل سکتی ہے۔

- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مالی معاونت کے لیے میری درخواست کے حوالے سے، Yale New Haven Health کو میری اہلیت کا تعین کرنے کے لیے میرے بارے میں تحفظ یافتہ صحت کی معلومات ظاہر کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے (جیسا کہ اس اصطلاح کی وضاحت HIPAA رازداری کا قانون، 42 CFR جزو 160 سے 164 میں دی گئی ہے)۔

- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ایسا کوئی بھی انکشاف ادائیگی کے مقاصد کے لیے ہوگا، جیسا کہ HIPAA رازداری کا قانون میں بیان کیا گیا ہے۔

تاریخ

درخواست دینے والے فرد یا قانونی سرپرست کے دستخط

درخواست دینے والے فرد یا قانونی سرپرست کا نام جلی حروف میں

اپنی مالی معاونت کی درخواست کے ساتھ آمدنی کا ثبوت یا معاونت کا خط شامل کرنا یاد رکھیں۔

مکمل کی گئی درخواستیں اس پتہ پر بھیجیں:

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