

## Zusammenfassung der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (Summary of Financial Assistance Policy)

Yale New Haven Health versteht, dass manche Patienten und Patientinnen ihre Arztrechnungen nur mit großen Schwierigkeiten bezahlen können. Deshalb bieten wir eine Vielfalt finanzieller Unterstützungsprogramme an, die hier Abhilfe schaffen sollen. Um teilnehmen zu können, muss ein Antrag auf finanzielle Unterstützung gestellt werden, der von gewissen Unterlagen zur Belegung einer Härtesituation begleitet wird.

Erkundigen Sie sich nach weiteren Einzelheiten und lassen sich ein kostenloses Exemplar unserer Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (*Financial Assistance Policy*) mit Antragsformularen zukommen. Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen des Antrags brauchen, wenden Sie sich bitte an Patient Financial and Admitting Services, Rufnummer + 855-547-4584; online gehen Sie zu [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance); oder besuchen Sie unsere stationäre Patientenaufnahme (Admitting): **Bridgeport Hospital** 267 Grant Street, Bridgeport, CT; **Greenwich Hospital**, 5 Perryridge Road, Greenwich, CT; **Lawrence + Memorial Hospital** 365 Montauk Avenue, New London, CT; **Westerly Hospital** 25 Wells Street, Westerly, RI; oder **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.

### Kostenlose Versorgung (Free Care)

**Sie sind u. U. zur Inanspruchnahme kostenloser Versorgungsleistungen berechtigt, wenn:**

- Ihr Familieneinkommen höchstens das 2½-Fache der bundesstaatlich festgesetzten Armutsgrenze beträgt (Federal Poverty Level; Höchstgrenzbeträge in der Tabelle weiter unten)
- Sie staatliche Hilfen (Medicaid) beantragen und im vorangegangenen Halbjahreszeitraum einen gültigen, schriftlichen Bescheid der einzelstaatlichen Behörde erhalten haben; und
- Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausgefüllt haben.

### Verbilligte Versorgung (Discounted Care)

**Sie sind u. U. zur Inanspruchnahme verbilligter Versorgungsleistungen berechtigt, wenn:**

- Ihr Familieneinkommen höchstens das 5½-Fache der bundesstaatlich festgesetzten Armutsgrenze beträgt (Federal Poverty Level; Höchststeinkommensbeträge in der Tabelle weiter unten)
- Sie nicht krankenversichert sind und
- Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung ausgefüllt haben.

#### Höchsteinkommen

Familiengröße:	Kostenlose Versorgung:	Verbilligte Versorgung:
1	\$31.225	\$68.395
2	\$44.275	\$93.005
3	\$53.325	\$117.315
4	\$64.375	\$141.625

\*Kostenlose Versorgung: Für jedes zusätzliche Familienmitglied **\$11.050** hinzufügen

\*Verbilligte Versorgung: Für jedes zusätzliche Familienmitglied **\$24.310** hinzufügen

### Zweckgebundene Mittel für die subventionierte stationäre bzw. ambulante medizinische Versorgung (Restricted Bed Funds)

Sie haben u. U. ein Anrecht auf Leistungen durch zweckgebundene Mittel für die subventionierte stationäre bzw. ambulante medizinische Versorgung. Dies sind Spendengelder, die zur Bereitstellung kostenloser oder verbilligter Versorgungsleistungen an Einzelpersonen, die individuelle Vergabekriterien erfüllen, verwendet werden. Hierdurch werden Rechnungen preislich reduziert oder insgesamt eliminiert, vorausgesetzt, dass Sie Ihre finanzielle Bedürftigkeit zur Zufriedenheit des Fonds-Nominators nachgewiesen haben und die Kriterien zur Inanspruchnahme solcher Mittel erfüllen (jeder Fonds hat ganz eindeutige Kriterien). Die zweckgebundenen Mittel für die subventionierte stationäre bzw. ambulante medizinische Versorgung sind an keine besonderen Einkommensgrenzen geknüpft. Die Berechtigung wird von den Nominatoren des Fonds von Fall zu Fall jeweils aufgrund der finanziellen Bedürftigkeit neu entschieden. Alle Patienten und Patientinnen, die den YNHHS-Antrag auf finanzielle Unterstützung ausfüllen, qualifizieren sich automatisch für die zweckgebundenen Mittel für die subventionierte stationäre bzw. ambulante medizinische Versorgung.

### Yale New Haven Hospital-Programm für Mutter und Kind (Yale New Haven Hospital Me & My Baby)

Das Programm steht den Patientinnen des Yale New Haven Hospital offen. Für alle qualifizierten Personen werden kostenlose Schwangerschaftsvorsorgeleistungen, Betreuungsdienste beim Eintreten der Wehen und bei der Entbindung sowie eine Versorgung nach der Geburt angeboten. Sie können diese Leistungen möglicherweise in Anspruch nehmen, wenn Sie in New Haven County ansässig und nicht krankenversichert sind, Ihr Familieneinkommen höchstens das 2½-Fache der bundesstaatlich festgesetzten Armutsgrenze (Federal Poverty Level) beträgt (siehe Höchsteinkommensstabelle), Sie einen Antrag auf staatliche Unterstützung (Medicaid) gestellt und einen schriftlichen Bescheid von der einzelstaatlichen Behörde erhalten haben. Weitere Informationen und Antragsformulare für das Yale New Haven Hospital-Programm für Mutter und Kind sind vom Betreuungspersonal des Women's Center erhältlich oder können unter der Rufnummer **203-688-5470** angefordert werden.

### Greenwich Hospital-Ambulanz (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

Unsere Ambulanz bietet Antragstellern/innen, die als Ambulanzteilnehmer zugelassen werden, kostenlose oder verbilligte Versorgungsleistungen. Wenn Sie nicht krankenversichert bzw. keinen Anspruch auf staatliche Hilfen (Medicaid) haben, qualifizieren Sie sich möglicherweise für unser Leistungsprogramm, vorausgesetzt, dass Sie Ihren Wohnsitz in Greenwich haben, und Ihr Familieneinkommen beträgt höchstens das 4-Fache der bundesstaatlich

festgesetzten Armutsgrenze. Erkundigen Sie sich nach weiteren Informationen oder fordern Sie Antragsformulare an (Rufnummer **203-863-3334**).

### Programmhinweis

Um sich für finanzielle Hilfe zu qualifizieren, müssen Sie die US-Staatsbürgerschaft oder ein Bleiberecht in den USA haben. Nur Notfälle und andere medizinisch notwendige Versorgungsleistungen werden von diesen Programmen abgedeckt. Bezahlt werden NUR die Rechnungen von Yale New Haven Health. Die Richtlinien des finanziellen Unterstützungsprogramms (*Financial Assistance Program, FAP*) enthalten einen Link zu den Versorgungsanbietern. Hier erfahren Sie, wer Versorgungsleistungen maßgeblich dem finanziellen Unterstützungsprogramm anbietet und wer nicht. Patienten/innen, die ein Anrecht darauf haben, finanzielle Unterstützung in Anspruch zu nehmen, werden keine höheren Kosten berechnet als die Beträge, die krankenversicherten Personen bei notfallbedingten und medizinisch notwendigen Versorgungsleistungen allgemein in Rechnung gestellt werden (*Amount Generally Billed, AGB*). Yale New Haven Health beantwortet jeden Antrag schriftlich. Sofern Ihr Antrag abgelehnt wurde, steht es Ihnen frei, jederzeit einen neuen Antrag zu stellen. Zusätzliche zweckgebundene Mittel für die subventionierte stationäre bzw. ambulante medizinische Versorgung werden jedes Jahr neu verfügbar gemacht. Übersetzungen der Dokumente Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (*Financial Assistance Policy*) () und Zusammenfassung der Richtlinie zur finanziellen Unterstützung (*Summary of Financial Assistance Policy*) und Antragsformular (*Application*) stehen für gewisse Teilnehmergruppen mit nur begrenzten Englischkenntnissen zur Verfügung.

Bitte rufen Sie 1-855-547-4584 an, wenn Sie Hilfe benötigen.

## Wie beantrage ich finanzielle Unterstützung?

Zur Vereinfachung des Antragsverfahrens verwendet Yale New Haven Health für die meisten finanziellen Unterstützungsprogramme dasselbe Antragsformular. Wenn Sie Patient im Yale New Haven Hospital sind und sich für das Programm für Mutter und Kind anmelden möchten, wenden Sie sich bitte unter der Rufnummer 203-688-5470 an die Betreuer in unserem Women's Center. Wenn Sie Patient im Greenwich Hospital sind und sich für die Outpatient Clinic anmelden möchten, rufen Sie bitte die Rufnummer 203-863-3334 an.

**Hinweis:** Sie müssen aktuelle Rechnungen oder einen vereinbarten Termin haben, um sich für die finanziellen Unterstützungsprogramme qualifizieren zu können.

**Kostenloses Versorgungsprogramm:**  
Bitte Schritte 1, 2, 3 und 4 befolgen.

**Verbilligtes Versorgungsprogramm:**  
Bitte Schritte 2, 3 und 4 befolgen.

### Schritt 1: Staatliche medizinische Unterstützung beantragen.

Um sich für die kostenlose Versorgung zu qualifizieren, MÜSSEN Sie staatliche medizinische Unterstützung (*Medicaid*) in dem Bundesstaat, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, beantragen und einen gültigen, schriftlichen Bescheid auf Ihren Antrag erhalten haben. Ein ablehnender Bescheid ist nicht „gültig“, wenn der Grund darin liegt, dass Ihre Informationen unzureichend waren oder Sie nicht kooperiert haben.

Medicaid kann beim örtlichen Department of Social Services (*DSS*) beantragt werden. Wenn Ihr Wohnsitz in CT ist, rufen bitte die Nummer 1-800-842-1508 an, um sich nach der nächst gelegenen *DSS*-Stelle zu erkundigen, oder stellen Sie einen Online-Antrag bei [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com). Das Krankenhaus hat auch Mitarbeiter, die Ihnen gerne beim Ausfüllen der Anträge helfen. Rufen Sie die Nummer 1-855-547-4584 an. Nachdem Sie einen schriftlichen Bescheid vom *DSS* erhalten haben, können Sie die kostenlose Versorgung beantragen. Bescheidschreiben dürfen nicht älter als 6 Monate sein.

### Schritt 2: Antrag ausfüllen.

Bitte beantworten Sie ALLE Fragen und unterschreiben und datieren Sie den Antrag. Wenn eine Frage nicht auf Ihre Familie zutrifft, vermerken Sie „N/A“ (*not applicable* bzw. nicht zutreffend) jeweils an der dafür vorgesehenen Stelle.

**Schritt 3: Einkommensnachweis beilegen**, der mit dem Antrag eingereicht wird. Ein Einkommensnachweis ist ein Dokument, aus dem hervorgeht, wie hoch das Einkommen Ihrer Familie zum Antragszeitpunkt ist. Die Tabelle rechts zeigt, welche Dokumente zu diesem Zweck verwendet werden können.

**Schritt 4: Antrag einsenden.** Einschließlich: 1) *DSS*-Bescheid über Ihre Berechtigung, staatliche Unterstützung in Anspruch nehmen zu dürfen; 2) das vollständig ausgefüllte, unterschriebene und datierte Antragsformular; und 3) der Einkommensnachweis, bitte einsenden an:

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

## Die folgenden Dokumente dienen als möglicher Einkommensnachweis:

<b>Bei Familieneinkommen aus ...</b>	<b>Kopien dieser Dokumente u. U. als Einkommensnachweis beilegen:</b> (Dokumente dürfen nicht älter als 6 Monate sein. Ausnahme: letzte Bundessteuererklärung, die länger zurückliegen darf)
<b>Löhne</b> (Bzgl. Gehälter und Stundenlöhne)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zwei (2) der jüngsten Lohnabrechnungen, <b>ODER</b></li> <li>– Brief vom Arbeitgeber auf dem Briefkopf der Firma, aus dem die Arbeitsstundenzahl und der Stundenlohn (brutto) hervorgehen</li> </ul>
<b>Einkommen aus freiberuflicher Tätigkeit</b> (Selbständige Arbeit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Letzte Bundeseinkommenssteuererklärung (muss von Ihnen unterschrieben sein)</li> </ul>
<b>Nebenleistungen</b> (Sozialversicherung (Social Security), Veteranenleistungen, Arbeitsunfallversicherung (Worker's Compensation), Arbeitslosenversicherung, betriebliche und staatliche Rentenfonds, Behindertenleistungen ( <i>Supplemental Security Income, SSI</i> ), Unterhalt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Letzter Leistungsbescheid <b>ODER</b></li> <li>– Leistungsaufstellung <b>ODER</b></li> <li>– Lohnabrechnungen</li> </ul>
<b>Mieteinkommen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kopie des Mietvertrags oder schriftlicher Vertrag, woraus die Mietsumme hervorgeht, <b>ODER</b></li> <li>– ein von Ihnen verfasstes Schreiben mit jährlichem Mieteinkommen</li> </ul>
<b>Zinsen, Dividenden oder Rentenauszahlungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Letzte Bundeseinkommenssteuererklärung <b>ODER</b></li> <li>– Erklärungsschreiben des Finanzinstituts, aus dem die Summe und Häufigkeit der bislang in diesem Jahr geleisteten Zahlungen hervorgehen</li> </ul>
<b>Wenn Sie kein Einkommen haben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ein Schreiben der Person, die Sie unterstützt <b>ODER</b></li> <li>– Wenn Sie von niemandem unterstützt werden, bitte ein unterschriebenes und datiertes Erklärungsschreiben Ihrer derzeitigen finanziellen Lage schicken</li> </ul>

## Antrag für die finanziellen Unterstützungsprogramme

Yale New Haven Health verwendet dasselbe Antragsformular für die meisten finanziellen Hilfsprogramme. Durch Ausfüllen dieses Antrags bekunden Sie Ihr Interesse an den Programmen zur kostenlosen Versorgung, verbilligten Versorgung und zweckgebundene Mittel für die subventionierte stationäre bzw. ambulante medizinische Versorgung. Anleitungen zur Beantragung finanzieller Unterstützung finden Sie auf Seite 2. Bei Fragen rufen Sie bitte die Nummer 855-547-4584 an.



### 1. Patientenangaben:

Nachname	Vorname
Wohnadresse	Geburtsdatum
Ort	Staat
PLZ	Telefon
Wenn schwanger, Entbindungstermin? _____	Krankenaktennummer (sofern verfügbar)
Rechtsstatus: <input type="checkbox"/> US-Staatsbürger <input type="checkbox"/> US-Aufenthaltsberechtigung <input type="checkbox"/> Visum (Student, Arbeit, Besucher)	
<input type="checkbox"/> Nicht-US-Staatsbürger	

### 2. Familienangaben: Ehepartner/in und/oder nicht volljährige, im Haushalt lebende Kinder aufführen. Ausgeschlossen sind unverheiratete Partner/innen. Sofern erforderlich, bitte ein weiteres Blatt verwenden.

Name des Familienmitglieds	Beziehung zum/zur Antragsteller/in	Geburtsdatum

### 3. Einkommensangaben:

Sie müssen Angaben zu Ihrem eigenen Einkommen und dem Ihres/Ihrer Ehepartners/in machen. Es sind alle Einkommensquellen aufzuführen. Einkommensquellen sind u. a., ohne jedoch hierauf beschränkt zu sein: Löhne/Gehälter, Unterhalt, Sozialleistungen, Arbeitslosengeld, Mieteinkünfte, Arbeitsunfallversicherungsleistungen und Kinderunterhaltszahlungen. Wenn Sie kein Einkommen haben, ist ein Erklärungsschreiben beizubringen. (Siehe S. 2)

Name des Familienmitglieds	Einkommensquelle	Bruttoverdienst	Arbeitslos / ohne Einkommen
		\$ _____ <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> 2-Wochen <input type="checkbox"/> Monat	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> 2-Wochen <input type="checkbox"/> Monat	<input type="checkbox"/>

#### 4. Krankenversicherung:

Haben Sie eine Krankenversicherung, u. a. Medicare oder Medicaid, oder Versicherungsschutz durch ein anderes Land?  JA  NEIN

Wenn **ja**, bitte eine Kopie beider Seiten Ihrer Versicherungskarte diesem Antrag beilegen ODER folgende Angaben machen:

<b>Versicherungsnehmer/in:</b>	<b>Versicherer:</b>	<b>Versicherungsnummer:</b>
<b>Versicherungsnehmer/in:</b>	<b>Versicherer:</b>	<b>Versicherungsnummer:</b>

#### 5. Bitte sorgfältig durchlesen und dann unterschreiben:

Mit meiner Unterschrift weiter unten bestätige ich, dass alle Angaben, die ich auf diesem Antragsformular und in etwaigen Anhängen gemacht habe, der Wahrheit entsprechen.

- Ich verstehe, dass auf diesem Formular gemachte inkorrekte, unvollständige oder falsche Angaben zur Ablehnung meines Antrags auf finanzielle Unterstützung führen können.
- Ich gebe Yale New Haven Health die Erlaubnis, meine Angaben zu überprüfen.
- Ich gebe Yale New Haven Health die Erlaubnis, eine Kreditauskunft über mich einzuholen.
- Ich verpflichte mich, die Gesamtsumme meiner finanziellen Hilfen zurückzuzahlen, falls ich Zahlungen irgendeiner Art, u. a. auch aus einem Urteilsspruch, erhalte, die sich auf die durch das Formular abgedeckten Dienste beziehen.
- Ich verpflichte mich, Yale New Haven Health über Änderungen, die möglicherweise meine Berechtigung zum Bezug finanzieller Unterstützungsleistungen beeinflussen, zu informieren.
- Ich verstehe, dass Yale New Haven Health im Zusammenhang mit meinem Antrag auf finanzielle Unterstützungsleistungen möglicherweise verpflichtet ist, geschützte Gesundheitsinformationen zu meiner Person offenzulegen (gemäß Begriffsdefinition in HIPAA Privacy Rule, 42 CFR Parts 160-164), um meine Berechtigung zum Erhalt von Leistungen festzustellen.
- Ich verstehe, dass solche Offenlegungen Zahlungszwecken maßgeblich der Definition in der *HIPAA*-Datenschutzregel dienen.

\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Antragstellers/in oder des gesetzlichen Vormunds

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name des/der Antragstellers/in oder des gesetzlichen Vormunds in Druckschrift

**Bitte nicht vergessen – den gültigen schriftlichen Bescheid zu Ihrem Medicaid-Antrag (Medicaid) und einen Einkommensnachweis oder ein Erklärungsschreiben zur Rechtfertigung Ihres Antrags beilegen.**

**Den vollständigen Antrag einsenden an:**

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