Buod ng Patakaran sa Pinansyal na Tulong (Summary of Financial Assistance Policy)

Nauunawaan ng Yale New Haven Health na maaaring mahirapan ang ilang pasyente na magbayad ng kanilang mga medikal na bayarin. Iyon ang dahilan kung bakit mayroon kaming iba't ibang programa sa pinansyal na tulong na idinisenyo upang tumulong. Kailangan magsumite ang mga pasyente ng isang aplikasyon para sa pinansyal na tulong at magbigay ng mga hinihiling na dokumento upang mapatotohanan na mayroon silang pinansyal na pangangailangan.

Upang matuto pa, upang makakuha ng libreng kopya ng aming Patakaran sa Pinansyal na Tulong at aplikasyon, o upang makatanggap ng tulong sa pagsagot ng isang aplikasyon, makipag-ugnayan sa Patient Financial and Admitting Services sa 855-547-4584, pumunta sa www.ynhhs.org/financialassistance o bisitahin kami sa aming mga tanggapan ng Admitting sa: **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; o **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.

Libreng pangangalaga (Free care)

Maaari kang maging kwalipikado para sa libreng pangangalaga kung:

- Kumikita ang iyong pamilya nang 2½ beses na mas mababa kaysa sa Federal Poverty Level (Pederal na Antas ng Kahirapan) o katumbas nito (nakalista ang mga maximum na halaga ng kita sa talahanayan sa ibaba)
- Nakapag-apply ka na para sa Tulong ng Estado (Medicaid) at nakakuha ng may bisang nakasulat na pasya mula sa Estado sa nakalipas na 6 na buwan; at
- Nagsumite ka ng isang aplikasyon para sa pinansyal na tulong

Pinamurang pangangalaga (Discounted care)

Maaari kang maging kwalipikado para sa pinamurang pangangalaga kung:

- Kumikita ang iyong pamilya ng 5½ beses na mas mababa kaysa sa Federal Poverty Level o ng katumbas nito (nakalista sa talahanayan sa itaas ang maximum na mga halaga ng kita)
- Wala kang insurance; at
- Sumagot ka ng aplikasyon para sa pinansyal na tulong

Maximum na Kita

Laki ng Pamilya	Libreng Pangangalaga	Pinamurang Pangangalaga
1	$31,225	$68,395
2	$44,275	$93,005
3	$53,325	$117,315
4	$64,375	$141,625

*Libreng Pangangalaga: magdagdag ng **$11,050** para sa bawat karagdagang kapamilya

*Pinamurang pangangalaga: magdagdag ng **$24,310** para sa bawat karagdagang kapamilya

Mga pinaghihigpitang bed fund (Restricted bed funds)

Maaari kang maging kwalipikadong makakuha ng mga pinaghihigpitang bed fund, na tumutukoy sa mga pondong ibinigay para sa libre o pinamurang pangangalaga ng mga indibidwal na nakakatugon sa pamantayan para sa hiwalay na pondo, upang mabawasan o mabayaran ang iyong bayarin kung mapagpasyahan ng nagmumungkahi ng pondo na mayroon kang pinansyal na pangangailangan; at natutugunan mo ang lahat ng pamantayan sa pagiging kwalipikado upang makatanggap ng mga pondo (ang bawat pondo ay may natatanging pamantayan). Walang partikular na limitasyon sa kita ang pagtanggap ng mga pinaghihigpitang bed fund. Ang pagiging kwalipikado ay pinagpapasyahan ng mga nagmumungkahi ng pondo batay sa sitwasyon at problemang pampinansyal. Ang lahat ng pasyenteng pupunan ang YNHHS aplikasyon para sa pinansyal na tulong ay awtomatikong magkakaroon ng tsansang makakuha ng mga pinaghihigpitang bed fund.

"Me & My Baby" Program ng Yale New Haven Hospital (Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program)

Ang programang ito ay nalalapat sa mga pasyente ng Yale New Haven Hospital. Mayroon itong mga serbisyo bago manganak at habang nanganganak,at ilang libreng pangangalaga pagkatapos manganak para sa mga kwalipikadong indibidwal. Maaari kang maging kwalipikado kung nakatira ka sa New Haven County; wala kang anumang uri ng insurance na pangkalusugan; kumikita ang iyong pamilya nang 2 ½ beses na mas mababa kaysa sa Federal Poverty Level o na katumbas nito (tingnan ang chart ng maximum na kita); mag-a-apply ka para sa Tulong ng Estado (Medicaid) at makakakuha ng isang may bisang nakasulat na pasya. Upang makakuha ng higit pang impormasyon o humingi ng aplikasyon para sa Me & My Baby Program ng Yale New Haven Hospital, makipag-ugnayan sa aming mga kinatawan sa Women's Center o tumawag sa **203-688-5470.**

Klinikang Pang-outpatient ng Greenwich Hospital (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

Ang Klinikang Pang-outpatient ng Greenwich Hospital ay nagbibigay ng libre o pinamurang pangangalaga sa mga indibidwal na nag-a-apply para sa membership sa klinika at naaaprubahan para dito. Kung ikaw ay walang insurance at hindi kwalipikado para sa Tulong ng Estado (Medicaid), maaari kang maging kwalipikado kung nakatira ka sa Greenwich at kumikita ang iyong pamilya nang mas mababa o katumbas ng 4 na beses kaysa sa Federal Poverty Level o katumbas nito. Upang makakuha ng higit pang impormasyon o isang kopya ng aplikasyon, mangyaring tumawag **203-863-3334.**

Paalala tungkol sa mga programa

Upang maging kwalipikado para sa pinansyal na tulong, dapat ay isa kang mamamayan o resident ng Estados Unidos. Sumasaklaw ang mga programang ito ng pangangalagang pang-emergency o iba pang pangangalagang medikal na kinakailangan. Tanging ang mga bayarin LANG sa ospital ng Yale New Haven Health ang sinasaklaw ng mga ito. Makakakita sa *FAP* ng isang link sa listahan ng mga provider na nagbibigay ng ganoong pangangalaga, at makikita rin doon kung sumusunod ba sila sa *FAP* o hindi. Ang mga pasyenteng kwalipikado para sa pinansyal na tulong ay hindi sisingilin nang mas malaki kaysa sa halagang karaniwang sinisingil sa mga pasyenteng may insurance para sa pangangalagang pang-emergency o iba pang pangangalagang medikal na kinakailangan. Pasulat na tutugon ang Yale New Haven Health sa bawat aplikasyon sa pamamagitan. Kung tatanggihan ang iyong aplikasyon, maaari kang muling mag-apply anumang oras. May mga karagdagang libreng bed fund na nagiging available kada taon. May mga makukuhang pagsasalin ng aming Patakaran sa Pinansyal na Tulong, Buod ng Patakaran sa Pinansyal na Tulong at Aplikasyon ang ilang partikular na pangkat na hindi masyadong bihasa sa Ingles.

Mangyaring tumawag sa 1-855-547-4584 upang makakuha ng tulong..

Paano mag-apply para sa pinansyal na tulong (How do I apply for financial assistance)?

Upang mapadali ang proseso para sa mga pasyente ng Yale New Haven Health gumamit ng isang form ng para sa karamihan ng programang pinansyal na tulong. Kung isa kang pasyente ng Yale New Haven Hospital at gusto mong mag-apply para sa Me & My Baby Program, mangyaring makipag-ugnayan sa aming mga kinatawan sa Women's Center sa 203-688-5470. Kung isa kang pasyente ng Greenwich Hospital at gusto mong mag-apply para sa Klinikang Pang-Outpatient, mangyaring makipag-ugnayan sa 203-863-3334.

Tandaan: Upang maging kwalipikado sa aming mga programa sa pinansyal na tulong, dapat ay mayroon kang mga kasalukuyang bayarin sa ospital o nakaiskedyul na appointment.

Programa para sa Libreng Pangangalaga: Sundin ang hakbang 1, 2, 3 at 4.

Programa para sa Pinamurang Pangangalaga: Sundin ang hakbang 2, 3 at 4.

Hakbang 1: Mag-apply para sa Medikal na Tulong ng Estado.

Upang maging kwalipikado para sa Libreng Pangangalaga, DAPAT kang mag-apply para sa Tulong Medikal (Medicaid) sa tinitirhan mong estado at makakuha ng isang may bisang nakasulat na pasya tungkol sa iyong aplikasyon. "Walang bisa" ang isang pasya kung ibinigay ito dahil hindi ka nagbigay ng impormasyon o nakipagtulungan.

Maaari kang mag-apply para sa Medicaid sa lokal na tanggapan ng *Department of Social Services (DSS)*. Mga residente ng CT, tumawag sa 1-800-842-1508 upang mahanap ang pinakamalapit na tanggapan ng *DSS* sa iyo o mag-apply online sa www.accesshealthct.com. Mayroon ding mga kawani ang ospital na makakatulong sa iyong sumagot ng mga aplikasyon. Kung kailangan mo ng tulong, tumawag sa amin sa 1-855-547-4584.

Kapag nakatanggap ka na ng nakasulat na pasya mula sa *DSS*, maaari ka nang mag-apply para sa Libreng Pangangalaga. Hindi kami tatanggap ng mga liham ng pasya (decision letter) na mas luma sa 6 na buwan.

Hakbang 2: Sagutan ang Aplikasyon.

Pakisagutan ang LAHAT ng tanong, at lagdaan at lagyan ng petsa ang aplikasyon. Kung hindi nalalapat ang isang tanong sa iyong pamilya, mangyaring magsulat ng "N/A" (hindi naaangkop, not applicable) sa espasyo para dito.

Hakbang 3: Maglakip ng katibayan ng kita

sa iyong aplikasyon. Ang katibayan ng kita ay isang dokumentong nagpapakita sa laki ng kinikita ng iyong pamilya habang sinasagutan mo ang aplikasyon. Tingnan ang talahanayan sa kanan upang malaman ang mga uri ng mga dokumentong magagamit mo.

Hakbang 4: Ipadala ang aplikasyon.

Isama ang: 1) Liham ng pasya mula sa *DSS* tungkol sa iyong pagiging kwalipikado para sa Tulong ng Estado; 2) Aplikasyon na mayroon nang sagot, lagda at petsa; at
3) Katibayan ng kita sa:

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

Ang mga sumusunod na dokumento ay magagamit bilang katibayan ng kita:

Kung nagmumula ang kita ng iyong pamilya sa …	**Maaari kang maglakip ng mga kopya ng mga dokumentong ito bilang katibayan ng kita:** (Ang mga dokumentong ito ay hindi dapat maging mas luma sa anim na buwan, maliban na lang sa iyong pinakabagong Federal Tax Return, na maaaring maging mas luma.)
Sweldo (Kung mayroon kang sahod o kung binabayaran ka nang orasan para sa isang trabaho)	– Dalawa (2) sa mga pinakabagong pay stub, **O** – Isang liham mula sa iyong employer na nasa letterhead ng kumpanya, kung saan makikita kung ilang oras ka nagtatrabaho at kung magkano ang iyong kinikita kada oras (bago magkaltas ng mga buwis)
Kita sa pagiging self-employed (Kung nagtatrabaho ka para sa iyong sarili)	– Pinakabagong Federal Income Tax Return (dapat ay nilagdaan mo)
Mga Benepisyo (Para sa Social Security, Mga Beterano, Bayad sa Manggagawa, Hindi Pagkakaroon ng Trabaho, mga Pension, Pondo sa Pagreretiro, SSI, alimony o sustento)	– Pinakabagong liham ng pagbibigay ng mga benepisyo, **O** – Pahayag ng Mga Benepisyo, **O** – Mga check stub
Kita sa Pagpapaupa	– Kopya ng kontrata sa pagpapaupa o nakasulat na kasunduan na nagpapakita sa halaga ng upa, **O** – Isang liham na isinulat mo, kung saan nakasaad ang halaga ng upa na nakukuha mo kada taon
Mga Pagbabayad para sa Interes, Dividend, o Annuity	– Pinakabagong Federal Income Tax Return, **O** – Statement mula sa institusyon ng pananalapi, kung saan nakasaad ang halaga at dalas ng mga pagbabayad, at ang naibayad nang halaga sa kasalukuyan
Kung hindi ka kumikita	– Isang liham mula sa taong sumusuporta sa iyo, **O** – Kung walang taong sumusuporta sa iyo, magpadala ng isang liham na may lagda at petsa na nagpapaliwanag sa kasalukuyan mong sitwasyong pampinansyal

Aplikasyon para sa *Financial Assistance Programs*
(Application for *Financial Assistance Programs*)

Gumagamit ang Yale New Haven Hospital ng iisang application form para sa karamihan ng mga programa sa pinansyal na tulong. Kapag sinagutan mo ang aplikasyong ito magkakaroon ka ng tsansang maging bahagi ng aming mga programa para sa Libreng Pangangalaga, Pinamurang Pangangalaga, at Bed Fund. Upang malaman kung paano mag-apply para sa pinansyal na tulong, mangyaring sumangguni sa pahina 2. Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa aplikasyong ito, pakitawagan kami sa 855-547-4584.

Yale NewHaven Health

1. Impormasyon ng Pasyente:

Apelyido _____ Pangalan _____ Social Security Number _____

Address ng Kalye _____ Petsa ng Kapanganakan _____

Lungsod _____ Estado _____ Zip Code _____ Numero ng Telepono _____

Medical Record Number (kung mayroon) _____

Kung buntis ka, kailan ang inaasahang petsa ng iyong panganganak? _____

Katayuan sa pagiging residente: ☐ Mamamayan ng U.S. ☐ Residente ng U.S. ☐ Visa (pang-estudyante, pang-empleyo, pang-turista) ☐ Hindi Mamamayan ng U.S.

2. Impormasyon ng Pamilya:

Ilista ang asawa mo at/o ang sinumang dependent na anak sa iyong sambahayan. Huwag isama ang mga hindi pa kasal na kapareha. Kung kailangan mo ng higit pang espasyo, mangyaring maglakip ng hiwalay na dokumento.

Pangalan ng kapamilya	Kaugnayan sa aplikante	Petsa ng Kapanganakan

3. Impormasyon ng Kita:

Dapat mong ilagay ang impormasyon ng kita mo at ng iyong asawa. Isama ang lahat ng pinagkukunan ng kita. Ang mga pinagkukunan ng kita ay maaaring kabilangan ng, ngunit limitado sa: sweldo/sahod, alimony (sustento), benepisyo para sa social security o hindi pagkakaroon ng trabaho, kita sa pagpapaupa, bayad sa manggagawa, at suporta sa anak. Kung hindi ka kumikita, maglakip ng isang liham ng pagsuporta sa iyong aplikasyon. (Tingnan ang mga tagubilin sa Pahina 2)

Pangalan ng kapamilya	Pinagkukunan ng kita	Halaga ng kita bago magkaltas ng buwis	Walang trabaho / Walang Kita
		$_____ ☐ Kada linggo ☐ Kada dalawang linggo ☐ Kada buwan	☐
		$_____ ☐ Kada linggo ☐ Kada dalawang linggo ☐ Kada buwan	☐

4. Segurong: Pangkalusugan:

Sinasaklaw ka ba ng anumang health insurance policy, kasama ang Medicare o Medicaid o saklaw mula sa ibang bansa?

OO ☐ HINDI ☐

Kung **oo**, mangyaring maglakip ng isang kopya ng harap at likod ng iyong insurance card sa aplikasyong ito O ilagay ang sumusunod:

May-hawak ng patakaran:	**Tagapagpaseguro:**	**Num. ng Patakaran (Policy No.):**
May-hawak ng patakaran:	**Tagapagpaseguro:**	**Num. ng Patakaran (Policy No.):**

5. Pakibasa nang mabuti bago lumagda:

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, pinapatunayan kong totoo ang lahat ng nakasaad sa aplikasyong ito at ang anumang kalakip.

- Nauunawaan kong maaaring tanggihan ang aking aplikasyon para sa pinansyal na tulong kung may anumang mali, kulang, o hindi totoong impormasyon sa form na ito.
- Pinahihintulutan ko ang Yale New Haven Health na patotohanan ang anumang impormasyon at ang lahat ng ito.
- Pinahihintulutan ko ang Yale New Haven Health na i-access ang aking ulat sa pagkakautang (credit report).
- Pumapayag akong bayaran ang kabuuang halaga ng aking pinansyal na tulong kung makatanggap ako ng anumang uri ng bayad, kasama ang mga danyos mula sa isang kaso, para sa mga serbisyong sinasaklaw ng aplikasyong ito.
- Pumapayag akong ipaalam sa Yale New Haven Health ang anumang pagbabago na maaaring makaapekto sa aking pagiging kwalipikado para sa pinansyal na tulong.
- Nauunawaan ko na pagdating sa aking aplikasyon para sa pinansyal na tulong, maaaring kailanganin ng Yale New Haven Health na ibunyag ang aking Protected Health Information (Pinoprotektahang Impormasyong Pangkalusugan) (ayon sa pagkakalarawan ng terminong iyon sa HIPAA Privacy Rule, 42 CFR Bahagi 160 hanggang 164) upang matukoy kung kwalipikado ba ako.
- Nauunawaan ko na para lang sa mga layunin ng pagbabayad ang anumang magiging pagbubunyag, ayon sa pagkakalarawan sa HIPAA Privacy Rule.

_____ _____

Lagda ng taong nag-a-apply o legal na tagapangalaga Petsa

_____

Naka-print na pangalan ng taong nag-a-apply o legal na tagapangalaga

Huwag kalimutang maglakip ng isang may bisang nakasulat na pasya ng iyong aplikasyon para sa Medicaid at ng isang katibayan ng kita o liham ng pagsuporta kasama ng iyong aplikasyon para sa pinansyal na tulong.

Ipadala ang mga nasagutan nang aplikasyon sa:

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