

د Yale New Haven Hospital د "زما او زما ماشوم" برنامه (Yale New Haven Hospital "Me & My Baby" Program)

دا برنامه د Yale New Haven Hospital ناروغانو لپاره د پلي کینو وړ ده. دا د حمل دوران پاملرنه او زوکړې خدمات وړاندې کوي، او د هغوی لپاره د زیږون وروسته ځینې وړیا پاملرنه وړاندې کوي چې شرایط پوره کړي. تاسې ممکن مستحق اوسئ که چیرې په New Haven County کې اوسېږئ؛ هیڅ ډول روغتیایي بیمه نلري؛ ستاسې کورنۍ د فدرال د فقر سطحې (د اعظمي عاید پورتنی چارټ وگورئ) 2½ څخه کم دي سره مساوي عاید لري؛ تاسې د State Assistance (Medicaid) لپاره غوښتنه کړې وي او د دولت څخه مو لیکلې پریکړه ترلاسه کړې وي. د نورو معلوماتو لپاره یا د Yale New Haven Hospital Me & My Baby Program لپاره د غوښتنلیک غوښتنو په موخه، د Women's Center کې زموږ استازي سره وپنی یا 203-688-5470 ته تلیفون وکړئ.

د گرینویچ روغتون د غیربستر ناروغانو کلینیک (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

د Greenwich Hospital Outpatient Clinic کلینیک هغه افرادو ته وړیا یا تخفیف لرونکي پاملرنه وړاندې کوي څوک چې د کلینیک غړیتوب غوښتنه وکړي او قبول شي. که تاسې بیمه نلري، او د State Assistance (Medicaid) مستحق نه اوسئ، نو تاسې ممکن مستحق اوسئ که چیرې د Greenwich اوسیدونکي اوسئ او د کورنۍ عاید مو د فدرال د فقر سطحې څخه 4 چنده ټیټ یا دي سره مساوي وي. د نورو معلوماتو لپاره یا د غوښتنلیک ترلاسه کولو لپاره 203-863-3334 سره اړیکه ونیسئ.

د برنامه په اړه یادداشت

(A note about the programs)

د دې لپاره چې د مالي مرستې مستحق اوسئ تاسې باید د متحده ایالاتو اوسیدونکی یا تبعه اوسئ. دا برنامه عاجل یا نور طبي لازمي پاملرنې ترپوښښ لاندې راولي. دا یوازې د Yale New Haven Health bills غړي روغتون بیلونه د پوښښ لاندې راولي. د دا ډول پاملرنې چمتو کونکو لیست ته یو لینک او دا چې آیا دوی FAP تعقیبوي یا نه په FAP کې موندلی شي. د مالي مرستې لپاره مستحق ناروغانو باندې به د عاجل یا نورو طبي لازمي پاملرنې لپاره بیمه لرونکي ناروغانو څخه عموماً ډیر لگښت نه راځي. Yale New Haven Health ټولو غوښتنلیکونو ته په لیکلې بڼه ځواب ورکړي. که ستاسې غوښتنه رد شي، تاسې کولی شئ هروخت بیاغوښتنه وکړئ. د بید وړیا اضافي فنډونه هرکال رامینځته کېږي. زموږ د Financial Assistance Policy، او Application ژباړې د هغه خلکو لپاره شتون لري چې په انګلسي ژبه سم نه پوهیږي.

مهرباني وکړئ د مرستې لپاره 1-855-547-4584 ته زنگ ووهئ.

Yale New Haven Health پوهیږي چې د ځینې ناروغانو لپاره د هغوی د طبي بیلونو تادیه کول ستونزمن کیدی شي. د همدې لپاره موږ د کومک په موخه د مالي مرستې بیلایلې برنامه لرو. ناروغان اړ دي چې د مالي مرستې غوښتنلیک بشپړ او د مالي اړتیا تایید کولو لپاره غوښتنل شوي اسناد وړاندې کړي.

پدې اړه نورو معلوماتو لپاره، زموږ د مالي مرستې پالیسي او غوښتنلیک یوه وړیا کاپي ترلاسه کړئ، یا د غوښتنلیک ډکولو لپاره په 855-547-4584 د Patient Financial and Admitting Services سره اړیکه ونیسئ، www.ynhhs.org/financialassistance ته لارښی یا پدې ادرس زموږ د Admitting دفترنو څخه لینډه وکړئ: 267 Bridgeport Hospital 5 Greenwich Hospital، Grant Street, Bridgeport, CT Lawrence + Memorial، CT، Greenwich، Perryridge Road Hospital 365 Montauk Avenue, New London, CT Westerly Hospital 25 Wells Street, Westerly, RI یا Yale New Haven Hospital 20 York Street, New Haven, CT

وړیا درملنه (Free care)

تاسې ممکن د وړیا پاملرنې مستحق اوسئ که:

- ستاسې کورنۍ د فدرال د فقر سطحې (د عاید اعظمي مقدارونه په لاندې جدول کې لست شوي دي) 2½ څخه کم یا دي سره مساوي عاید ولري
- تاسې د State Assistance (Medicaid) لپاره غوښتنه وکړئ او پهنیرو 6 میاشتو کې مو د دولت څخه لیکلې پریکړه ترلاسه کړې وي؛ او
- تاسې د مالي مرستې غوښتنلیک بشپړ کړئ

تخفیف لرونکي درملنه (Discounted care)

تاسې ممکن د تخفیف لرونکي پاملرنې لپاره مستحق اوسئ که تاسې:

- ستاسې کورنۍ د فدرال د فقر کرښې (د اعظمي عاید مقدارونه پورتنی جدول کې راورل شوي دي) د 5/2 سره مساوي یا لږې کم عاید ولري
- بیمه نه یاست؛ او
- د مالي مرستې لپاره مو غوښتنلیک بشپړ کړئ وي

د کورنۍ اندازه	وړیا درملنه	تخفیف لرونکي درملنه	اعظمي عاید
1	\$31,225	\$68,395	
2	\$44,275	\$93,005	
3	\$53,325	\$117,315	
4	\$64,375	\$141,625	

* وړیا درملنه: د کورنۍ هراضافي غړي لپاره \$11,050 اضافه کړئ.
* تخفیف لرونکي درملنه: د کورنۍ هر غړي لپاره \$24,310 اضافه کړئ.

د بستر محدود مالي مرسته (Restricted bed funds)

تاسې ممکن د محدود بید فنډونو ترلاسه کولو مستحق اوسئ، هغه فنډونه چې هغه افرادو ته وړیا یا تخفیف لرونکي پاملرنې لپاره اعانه شوي څوک چې یې معیار پوره کوي، ترڅو ستاسې طبي فیس کم یا له مینځه وپورل شي که چیرې تاسې ښکاره مالي اړتیا ولرئ لکه څنگه چې د فنډ نوماند کونکي لخوا مشخص شوي؛ او تاسې د فنډ ترلاسه کولو لپاره ټول شرایط پوره کړئ (هر فنډ ځانګړی معیار لري). د محدود بید فنډونو ترلاسه کولو لپاره د عاید کوم ځانګړي حدونه شتون نلري. شرایط د مالي سختوالي په پام کې نیولو سره د فنډ نوماند کونکي لخوا هرې نوسې ته په بیلایلې ډول ټاکل کېږي. ټول هغه ناروغان چې (YNHHS) د مالي مرستې غوښتنلیک ډکوي به په اتومات ډول د محدود بید فنډونو لپاره ملاحظه شي.

لاندي اسناد د عايد ثبوت لپاره کارول کيږي:

زه څنگه کولی شم د مالي مرستې لپاره غوښتنه وکړم؟
(How do I apply for financial assistance?)

د ناروغانو لپاره د پروسی اسانولو په موخه، Yale New Haven Health د ډیری مالي مرستې برنامو لپاره یو غوښتنلیک فارم کاروي. که تاسې د Yale New Haven Hospital ناروغ یاست او غواړئ د Me & My Baby Program غوښتنه وکړئ، مهرباني وکړئ په 203-688-5470 زموږ د Women's Center استازو سره اړیکه ونیسئ. که تاسې د Greenwich Hospital ناروغ یاست او غواړئ د غیربستري کلینیک لپاره غوښتنه وکړئ نو مهرباني وکړئ په 203-863-3334 اړیکه ونیسئ.

یادداشت: تاسې باید د اوسني بیلونه ولرئ یا مهالویش شوی د ملاقات وخت ترڅو زموږ د مالي مرستې برنامو مستحق شئ.

د وړیا پاملرنې برنامه: د 1، 2، 3 او 4 مرحلې تعقیب کړئ.

د تخفیف لرونکي پاملرنې برنامه: د 2، 3 او 4 مرحلې تعقیب کړئ.

مرحله 1: د آیالت طبي مرستې لپاره غوښتنه کول.

د وړیا پاملرنې شرایطو پوره کولو لپاره تاسې باید په هغه آیالت کې چې ژوند کوئ د Medical Assistance (Medicaid) غوښتنه وکړئ او د خپل غوښتنلیک په اړه معتبر، لیکلې پریکړه ترلاسه کړئ. د رد خواب "اعتبار" نلري که چیرې د دې له امله تکثیر شوی وي چې تاسې معلومات یا همکاری نده وړاندې کړي.

تاسې کولی شئ د Medicaid لپاره د Department of Social Services (DSS) ستاسې ځایي دفتر کې غوښتنه وکړئ. د CT اوسیدونکي کولی شئ تاسې ته د DSS نږدې دفتر موندلو لپاره 1-800-842-1508 ته زنگ ووهي یا آنلاین په www.accesshealthct.com کې غوښتنه وکړي. روغتون هم کارمندان لري چې د غوښتنلیک ډکولو کې تاسې سره مرسته کولی شي. که پدې برخه کې مرستې ته اړتیا لرئ، موږ ته په 1-855-547-4584 تلیفون وکړئ.

کله چې تاسې د DSS څخه لیکلې پریکړه ترلاسه کړئ، تاسې کولی شئ د وړیا پاملرنې غوښتنه وکړئ. موږ د پریکړې هغه لیکونه نه قبولو چې د 6 میاشتو څخه ډیره موده ورباندې تیره شوي وي.

مرحله 2: د غوښتنلیک ډکول.

مهرباني وکړئ ټولې پوښتنې خواب وکړئ او غوښتنلیک باندې نیټه ولیکئ او لاسلیک یې کړئ. که کومه پوښتنه ستاسې کورنۍ پورې تړاو نلري، نو مهرباني وکړئ مخې ته موجود ځای کې یې "N/A" (نه پلي کيږي) ولیکئ.

مرحله 3: خپل غوښتنلیک سره د عايد ثبوت ضمیمه کړئ. د عايد ثبوت داسې یو سند دی چې ښيي ستاسې کورنۍ په هغه وخت کې څومره عايد لري کله چې تاسې غوښتنلیک بشپړ کړی دی. پدې اړه د کار وړ اسنادو ډولونو لپاره د ښيي اړخ جدول وگورئ.

مرحله 4: خپل غوښتنلیک لاندي آدرس ته ولېږئ. دا شیان ورسره شامل کړئ:

- د آیالت مرستې لپاره ستاسې د شرایطو پوره کولو په اړه د DSS څخه د پریکړې لیک؛ (2) مکمل شوی، نیټه لرونکی او لاسلیک شوی غوښتنلیک؛ او (3) د عايد ثبوت:

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

<p>تاسې کولی شئ د عايد ثبوت په توگه د دې اسنادو کاپیایي ضمیمه کړئ: (دا اسناد باید د شپږ میاشتو څخه ډیر پخواني نه وي، په استثنا د ستاسې فدرال مالیه سنډینو لپاره چې دا ممکن زاره وي.)</p>	<p>که ستاسې د کورنۍ عايد د څخه وي</p>
<p>د تادیه ترټولو وروستي (2) رسیدونه، یا د شرکت تاپه لرونکي پانه باندې د کارگومارونکي لخوا لیک چې پکې ویل شوي وي چې تاسې څو ساعتونه کار کوئ او په ساعت کې څومره عايد لرئ (د مالیه څخه دمخه)</p>	<p>مزد (که تاسې معاش تر لاسه کوئ یا د کومې دندې لپاره ساعت وار تادیه درته کيږي)</p>
<p>د فدرال مالیه سنډینو ترټولو وروستي سند (باید ستاسې لخوا لاسلیک شوی وي)</p>	<p>د خان لپاره کارمند عايد (که تاسې د خان لپاره کار کوئ)</p>
<p>د گټو د ترلاسه کولو ترټولو وروستي لیک، یا د گټو اظهارنامه، یا د چیک رسیدونه</p>	<p>گټي (ټولنیز امنیت، ویترن، د کارگر جبران، وزگاري، تقاعد، د تقاعد فنډ، SSI، نفقه)</p>
<p>د اجارې کاپي یا لیکلې تړون چې د کرایه مقدار ښيي، یا ستاسې لخوا لیکل شوی لیک، چې هغه مقدار په گوته کوي چې تاسې یې په کال کې د کرایه لپاره تر لاسه کوئ</p>	<p>د کرایه عايد</p>
<p>د فدرال د عايد مالیه بیرته سنډینو ترټولو وروستي سند، یا د مالي نهاد لخوا اظهارنامه چې د تادیاتو مقدار او تکرار په گوته کوي او په ورته وخت کې تر نن نیټې پورې پدې کال کې تادیه شوی مقدار ښيي</p>	<p>د سود، اسهام، قسط تادیات</p>
<p>د هغه شخص لخوا یو لیک چې ستاسې ملاتړ کوي، یا که تاسې داسې شخص نلرئ چې ستاسې ملاتړ کوي، نو یو نیټه لرونکی او لاسلیک شوی لیک راولیږئ چې ستاسې اوسنی مالي وضعیت پکې تشریح شوی وي</p>	<p>که تاسې هیڅ عايد نلرئ</p>

د مالي مرستي برنامو لپاره غوښتنلیک
(Application for Financial Assistance Programs)

د ډیری مالي مرستي برنامو لپاره Yale New Haven Health یو غوښتنلیک کاروي. د دې غوښتنلیک په بشپړولو سره به تاسې زموږ د وړیا پاملرنې، د تخفیف لرونکي پاملرنې، او د بېدې فنډ برنامو لپاره په پام کې ونیول شئ. د مالي مرستي لپاره غوښتنې څرنگوالي په اړه لارښوونو لپاره، مهرباني وکړئ پاڼه 2 ته مراجعه وکړئ. که د دې غوښتنلیک په اړه کومې پوښتنې لرئ، نو مهرباني وکړئ 855-547-4584 ته تلیفون وکړئ.

1. د ناروغ معلومات:

تخلص	نوم	د ټولنیز امنیت لمبر
د سرک آدرس		د زیږون نېټه
ښار	ایالت	د تلیفون شمیره

د طبي ریکارډ لمبر (که د اجرا وړ وي)

که تاسې حامله یاست نو د زوکړې نېټه؟ _____

د اوسیدونکي حیثیت: د متحده ایالاتو اتباع د متحده ایالاتو اوسیدونکی ویزه (زده کونکی، کار، لیدونکی) د غیر متحده ایالاتو اوسیدونکی

2. د کورني معلومات: خپل همسر او/یا کوم وابسته ماشومان لاندې لیست کړئ چې ستاسې کورنۍ کې ژوند کوي. غیر واده شوي ملګري یې مه لیکئ. که نور ځای ته اړتیا وي، نو مهرباني وکړئ یوه بله پاڼه یا سند ورپسې ضمیمه کړئ.

د کورنۍ د غړي نوم	غوښتونکي سره اړیکه	د زیږون نېټه

3. د عاید معلومات:

ستاسې او ستاسې د همسر لپاره د عاید معلومات باید وړاندې شي. د عاید ټولې سرچینې شامل کړئ. د عاید سرچینو کې ممکن دا موارد شامل وي مګر دې پورې محدود ندي: مزد/معاش، نفقه، ټولنیز امنیت، وګارې، د کرایه عاید، د کارګر جبران، او د ماشوم ملاتړ. که تاسې هیڅ عاید نلرئ، نو خپل غوښتنلیک ته د ملاتړ یو لیک ضمیمه کړئ. (په مخ 2 کې موجود لارښوونې وګورئ)

د کورنۍ د غړي نوم	د عاید سرچینه	د مالیه څخه دمخه ترلاسه شوی مقدار	وزګار/عاید نه درلودل
		\$ _____ اونۍ <input type="checkbox"/> دوه اونۍ <input type="checkbox"/> میاشت	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		\$ _____ اونۍ <input type="checkbox"/> دوه اونۍ <input type="checkbox"/> میاشت	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4. د روغتیا بیمه:

آیا تاسې د روغتیا بیمې کومې پالیسي لاندې پوښل شوي یاست، پشمول د Medicare یا Medicaid یا کوم بهرني هیواد لخوا پوښن؟
هو نه
که هو، نو مهرباني وکړئ دې غوښتنلیک سره ستاسې د بیمې کارت د مخې او شا یوه کاپي ضمیمه کړئ یا لاندې موارد ولیکئ:

د پالیسي لرونکی:	بیمه کونکی:	د پالیسي لمبر:
د پالیسي لرونکی:	بیمه کونکی:	د پالیسي لمبر:

5. مهرباني وکړئ د لاسلیک کولو څخه مخکې یې په دقت سره لولئ:

- لاندې لاسلیک کولو سره، زه تصدیق کووم چې پدې غوښتنلیک کې او په هرډول ضمیمه کې چې ما څه هم په گوته کړي ټول صحیح دي.
- زه پوهیږم چې پدې فارم کې هرډول ناسم، ناتکمیل یا غلط معلومات د مالي مرستې لپاره زما د غوښتنلیک د ردیدو پایله درلودلی شي.
- زه Yale New Haven Health ته اجازه ورکووم چې زما هرډول او ټول معلومات تایید کړي.
- زه Yale New Haven Health ته اجازه ورکووم چې زما د کرډیټ راپور و غواړي.
- زه موافق یم چې د مالي مرستې مکمل مقدار بیرته تادیه کړم که چېرې زه کوم ډول تادیات تر لاسه کړم، پشمول د دعوی څخه جایزو، د دې غوښتنلیک لخوا پوښل شوي خدماتو لپاره.
- زه موافق یم چې د مالي مرستې لپاره زما شرایطو کې د هرډول بدلون څخه Yale New Haven Health خبر کړم.
- زه پوهیږم چې د مالي مرستې لپاره زما غوښتنلیک په تړاو Yale New Haven Health زما په اړه د شرایطو مشخص کولو لپاره د روغتیا محافظت شوي معلومات د نورو سره شریک کړي (لکه څنګه چې دا شرط په HIPAA د محرمیت مقررات، CFR 42 برخې 160 څخه تر 164 کې تعریف شوی دی).
- زه پوهیږم چې دا ډول افشا کول به د تادیاتو موخي لپاره وي، لکه څنګه چې د HIPAA د محرمیت مقرراتو کې تعریف شوي.

د غوښتنه کونکي شخص یا قانوني سرپرست لاسلیک

نېټه

د غوښتنه کونکي شخص یا قانوني سرپرست چاپي نوم

په یاد ولرئ ستاسې د Medicaid غوښتنلیک لیکلې معتبر پریکړه او د عاید ثبوت یا ستاسې د مالي مرستې غوښتنلیک ته د ملاتړ یو لیک ضمیمه کړئ.

بشپړ شوی غوښتنلیک دې آدرس ته ولیږئ:

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