वित्तीय सहायता नीति का सार (Summary of Financial Assistance Policy)

Yale New Haven Health समझता है कि कुछ मरीज़ों के लिए अपने मेडिकल बिलों का भुगतान करना मुश्किल हो सकता है। यही कारण है कि हमारे पास सहायता करने के लिए कई प्रकार के वित्तीय सहायता प्रोग्राम मौजूद हैं। मरीज़ों को एक वित्तीय सहायता आवेदनपत्र पूरा करने और वित्तीय जरूरत की पुष्टि करने के लिए अनुरोध किये गये दस्तावेज़ प्रदान करने की जरूरत होती है।

और जानने के लिए, वित्तीय सहायता नीति (Financial Assistance Policy) की एक मुफ्त कॉपी और आवेदनपत्र प्राप्त करने के लिए, या आवेदनपत्र को पूरा करने में मदद के लिए, Patient Financial and Admitting Services, से 855-547-4584 पर सम्पर्क करें, या www.ynhhs.org/financialassistance पर जाएँ, या निम्न पते पर हमारे प्रवेश देने वाले कार्यालयों पर हमसे मिलें: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; या Yale New Haven Hospital 20 York Street, New Haven, CT.

मुफ्त देखभाल (Free care)

आप मुफ्त देखभाल प्राप्त करने के पात्र हो सकते हैं, यदि:

- आपका परिवार संघीय गरीबी के स्तर के 2½ गुना से कम या बराबर कमाता है (अधिकतम आमदनी राशियाँ नीचे दी गई तालिका में सूचीबद्ध हैं)
- आप राज्य सहायता (मेडीकेड (Medicaid)) के लिए आवेदन करते है और पिछले 6 महीनों के भीतर राज्य से एक मान्य लिखित निर्णय प्राप्त करते हैं; और
- आप एक वित्तीय सहायता आवेदनपत्र को पूरा करते हैं

रियायती देखभाल (Discounted care)

आप रियायती देखभाल प्राप्त करने के योग्य हो सकते हैं यदि:

- आपका परिवार संघीय गरीबी के स्तर के 5½ गुना से कम या बराबर कमाता है (अधिकतम आमदनी राशियाँ नीचे दी गई तालिका में सूचीबद्ध हैं)
- आप अबीमाकृत हैं; और
- आपने वित्तीय सहायता के लिए एक आवेदनपत्र पूरा करते हैं

	अधिकतम आय	
परिवार का आकार:	**मुफ्त देखभाल**	**रियायती देखभाल**
1	$31,225	$68,395
2	$44,275	$93,005
3	$53,325	$117,315
4	$64,375	$141,625

*मुफ्त देखभाल: परिवार के प्रत्येक अतिरिक्त सदस्य के लिए **$11,050** जोड़ें
*रियायती देखभाल: परिवार के प्रत्येक अतिरिक्त सदस्य के लिए **$24,310** जोड़ें

प्रतिबंधित बिस्तर निधियाँ (Restricted bed funds)

आप प्रतिबंधित बिस्तर निधियाँ प्राप्त करने के योग्य हो सकते हैं, वे निधियाँ जो उन व्यक्तियों को मुफ्त या रियायती देखभाल प्रदान करने के लिए दान की गई हैं, जो व्यक्तिगत निधि मानदंड को पूरा करते हैं, अपने बिल को कम करने या खत्म करने के लिए, यदि आपने एक वित्तीय कोष के प्रस्तावक द्वारा निर्धारित किये गये अनुसार एक वित्तीय जरूरत को प्रमाणित किया है, और आप निधियाँ प्राप्त करने के सभी पात्रता मानदंडों को पूरा करते हैं (प्रत्येक निधि के मानदंड विशिष्ट हैं)। प्रतिबंधित बिस्तर निधियों की प्राप्ति के लिए कोई विशिष्ट आय सीमा नहीं है। पात्रता वित्तीय कठिनाई के आधार पर निधि प्रस्तावक द्वारा मामला-दर-
मामला आधार पर निर्धारित की जाती है। सभी मरीज़ जो YNHHSवित्तीय सहायता आवेदनपत्र को पूरा करते हैं, उन पर प्रतिबंधित बिस्तर निधियों के लिए स्वत: ही विचार किया जाएगा।

Yale New Haven Hospital "मैं और मेरा बच्चा" प्रोग्राम (Me & My Baby Program)

यह प्रोग्राम Yale New Haven Hospital के मरीज़ों पर लागू होता है। यह प्रसव पूर्व देखभाल, प्रसव और डिलिवरी सेवाएँ,और कुछ प्रसवोत्तर देखभाल बिना किसी शुल्क के उन्हें प्रदान करता है जो योग्यता प्राप्त करते हैं। आप योग्य हो सकते हैं यदि आप न्यू हैवन काउंटी में रहते हैं; आपके पास किसी प्रकार का कोई स्वास्थ्य बीमा नहीं है; आपका परिवार संघीय गरीबी के स्तर के 2½ गुना से कम या बराबर कमाते हैं (अधिकतम आमदनी चार्ट ऊपर देखें); आप राज्य सहायता (मेडीकेड (Medicaid)) के लिए आवेदन करते है और राज्य से एक मान्य लिखित निर्णय प्राप्त करते हैं। Yale New Haven Hospital मैं और मेरा बच्चा प्रोग्राम (Me & My Baby Program) के बारे में अधिक जानकारी के लिए या एक आवेदनपत्र का अनुरोध करने के लिए, महिला केन्द्र में हमारे प्रतिनिधियों से मिलें या **203-688-5470** पर कॉल करें।

ग्रीनविच अस्पताल बाहरी मरीज़ क्लीनिक (Greenwich Hospital Outpatient Clinic)

ग्रीनविच अस्पताल बाहरी मरीज़ क्लीनिक (Greenwich Hospital Outpatient Clinic) उन व्यक्तियों को मुफ्त या रियायती देखभाल प्रदान करता है जो क्लीनिक सदस्यता के लिए आवेदन करते हैं और अनुमोदित हैं। यदि आपके पास बीमा नहीं है, और आप राज्य सहायता (मेडीकेड (Medicaid) प्राप्त करने के योग्य नहीं हैं, तो आप योग्य हो सकते हैं यदि आप एक ग्रीनविच निवासी हैं और आपकी पारिवारिक आमदनी संघीय गरीबी के स्तर से 4 गुना के बराबर या से कम है। अधिक जानकारी के लिए या एक आवेदनपत्र प्राप्त करने के लिए **203-688-5470** पर कॉल करें।

प्रोग्रामों के बारे में एक नोट

आपका वित्तीय सहायता प्राप्त करने के योग्य होने के लिए अमेरिका का एक नागरिक या निवासी होना ज़रूरी है। ये प्रोग्राम आपात स्थिति या अन्य आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल को कवर करते हैं। ये केवल Yale New Haven Health बिलों को कवर करते हैं। उन प्रदाताओं की सूची के लिए एक लिंक FAP में देखा जा सकता है जो ऐसी देखभाल प्रदान करते हैं और क्या वे FAP का अनुसरण करते हैं या नहीं। वित्तीय सहायता के लिए पात्र मरीजों से आपात स्थिति या अन्य आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल के लिए उससे अधिक राशि चार्ज नहीं की जाएगी जो आम तौर पर उन मरीज़ों से ली जाती है जिनके पास बीमा है। Yale New Haven Health प्रत्येक आवेदनपत्र का जवाब लिखित में देगा। यदि आपका आवेदनपत्र नामंजूर कर दिया जाता है, तो आप किसी भी समय पुन: आवेदन कर सकते हैं। अतिरिक्त मुफ्त बिस्तर निधियाँ हर साल उपलब्ध होती हैं। हमारी वित्तीय सहायता नीति, वित्तीय सहायता नीति और आवेदनपत्र के सारांश का अनुवाद सीमित अंग्रेज़ी दक्षता वाले विशिष्ट समूहों के लिए उपलब्ध हैं।

सहायता के लिए कृपया 1-855-547-4584 पर कॉल करें।

मैं वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कैसे करूँ?

मरीज़ों के लिए इस प्रक्रिया को आसान बनाने के लिए Yale New Haven Health अधिकतर वित्तीय सहायता प्रोग्रामों के लिए एक आवेदनपत्र फॉर्म का उपयोग करते हैं। यदि आप Yale New Haven Hospital के मरीज़ हैं और मैं और मेरा बच्चा प्रोग्राम (Me & My Baby Program) के लिए आवेदन करना चाहते हैं, तो कृपया हमारे महिला केन्द्र प्रतिनिधि से 203-688-5470 पर सम्पर्क करें। यदि आप Greenwich Hospital के मरीज़ हैं और बाहरी मरीज़ क्लीनिक के लिए आवेदन करना चाहते हैं, तो कृपया 203-863-3334 पर सम्पर्क करें।

ध्यान दें: हमारे वित्तीय सहायता प्रोग्रामों के लिए पात्रता प्राप्त करने के लिए आपके पास वर्तमान बिल या एक अनुसूचित मुलाकात होना ज़रूरी है।

मुफ्त देखभाल प्रोग्राम: चरण 1, 2, 3, और 4 का पालन करें।

रियायती देखभाल प्रोग्राम: चरण 2, 3, और 4 का पालन करें।

चरण 1: राज्य चिकित्सा सहायता (State Medical Assistance) के लिए आवेदन करें।
नि: शुल्क देखभाल के लिए योग्य होने के लिए, आपका उस राज्य में चिकित्सा सहायता (मेडीकेड (Medicaid)) के लिए आवेदन करना ज़रूरी है जहाँ आप रहते हैं और अपने आवेदनपत्र पर एक वैध, लिखित निर्णय प्राप्त करना ज़रूरी है। एक नामंज़ूरी "मान्य" नहीं है यदि वह इसलिए जारी की गई थी क्योंकि आपने जानकारी या सहयोग नहीं दिया था।

आप अपने स्थानीय Department of Social Services (DSS) कार्यालय में मेडीकेड (Medicaid) के लिए आवेदन कर सकते हैं। CT निवासियों को अपने सबसे करीबी *DSS* कार्यालय का पता लगाने के लिए 1-800-842-1508 पर कॉल करना चाहिए या ऑनलाइन www.accesshealthct.com पर जाकर आवेदन करना चाहिए। अस्पताल के पास भी स्टॉफ मौजूद है जो आपकी आवेदनपत्र भरने में सहायता कर सकता है। यदि आपको सहायता की जरूरत है तो हमें 1-855-547-4584 पर कॉल करें।

एक बार जब आपको *DSS* से एक लिखित निर्णय प्राप्त हो जाता है, आप मुफ्त देखभाल के लिए आवेदन कर सकते हैं। हम 6 महीने से पुराने के निर्णय पत्र स्वीकार नहीं कर सकते हैं।

चरण 2: आवेदनपत्र पूरा करें।
कृपया सभी प्रश्नों के उत्तर दें और आवेदनपत्र पर हस्ताक्षर करें और तारीख डालें। यदि कोई सवाल आपके परिवार पर लागू नहीं होता, तो कृपया दिये गये स्थान पर "N/A" (लागू नहीं होता) लिखें।

चरण 3: अपने आवेदनपत्र के साथ**आमदनी का सबूत लगाएँ।** आमदनी का सबूत एक ऐसा दस्तावेज़ है जो दिखाता है कि आपके द्वारा आवेदन भरे जाने के समय आपका परिवार कितना कमाता है। उन दस्तावेज़ों के लिए दाईं ओर दी सारणी को देखें जो उपयोग किये जा सकते हैं।

चरण 4: आवेदनपत्र को डाक से भेजें।शामिल करें: 1) राज्य सहायता के लिए आपकी पात्रता के बारे में *DSS* से प्राप्त निर्णय पत्र; 2) पूरा किया गया, हस्ताक्षर किया और तारीख किया गया आवेदनपत्र; और 3) आय का सबूत, निम्न को भेजें:

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

आय के सबूत के तौर पर निम्नलिखित दस्तावेज़ इस्तेमाल किये जा सकते हैं:

यदि आपके परिवार की आय है	**आप आय के सबूत के तौर पर इन दस्तावेज़ों की कॉपी लगा सकते हैं:** (ये दस्तावेज़ छह महीने से अधिक पुराने नहीं होने आवश्यक हैं, सिवाय कि सबसे हाल ही की संघीय टैक्स रिटर्न, जो कि पुरानी हो सकती है)।
वेतन (यदि आप किसी नौकरी से एक वेतन कमाते हैं या घंटे के हिसाब से भुगतान किया जाता है)	– सबसे हाल ही के दो (2) पे स्टब (वेतन पर्ची), **या** – कम्पनी के लैटरहेड पर आपके नियोक्ता द्वारा एक पत्र जिसमें लिखा हो कि आप कितने घंटे काम करते हैं और आप प्रति घंटे कितना कमाते हैं (कर से पहले)
स्व-नियोजित आय (यदि आप खुद के लिए काम करते हैं)	– सबसे हाल का संघीय आयकर रिटर्न (आपके द्वारा हस्ताक्षर किया जाना ज़रूरी है)
लाभ (सामाजिक सुरक्षा, सेवानिवृत्त सैनिक, कार्यकर्ता मुआवजा, बेरोजगारी, पेंशन, सेवानिवृत्ति निधियाँ, SSI, भत्ते)	– सबसे हाल का लाभ पुरस्कार पत्र, **या** – लाभ विवरण, **या** – चेक स्टब्स
किराये से आमदनी	– पट्टे की कॉपी या लिखित समझौता जिसमें किराये की राशि लिखी हो, **या** – आपके द्वारा लिखा गया एक पत्र, जिसमें आपके द्वारा प्रति वर्ष प्राप्त की जाने वाली किराये की राशि लिखी हो
ब्याज, लाभांश, या वार्षिकी भुगतान	– सबसे हाल का संघीय आयकर रिटर्न, **या** – वित्तीय संस्था से ब्यौरा जिसमें भुगतान की राशि और आवृत्ति और वह राशि लिखी हो जो इस साल शुरु से अब तक दी गई है
यदि आपकी कोई आमदनी नहीं है	– उस व्यक्ति से एक पत्र जो आपकी आर्थिक सहायता करता/ती है, **या** – यदि आपके पास कोई ऐसा व्यक्ति नहीं है जो आपकी आर्थिक सहायता करता/ती है, तो अपनी वर्तमान वित्तीय स्थिति को समझाता हुआ एक हस्ताक्षरित और दिनांकित पत्र भेजें

वित्तीय सहायता प्रोग्रामों के लिए आवेदनपत्र (Application for Financial Assistance Programs)

Yale New Haven Health

Yale New Haven Health अधिकतर वित्तीय सहायता प्रोग्रामों के लिए एक आवेदनपत्र फॉर्म का उपयोग करते हैं। इस आवेदनपत्र को पूरा करके आप पर हमारी मुफ्त देखभाल, रियायती देखभाल, और बिस्तर के लिए निधि प्रोग्रामों के लिए विचार किया जाएगा।वित्तीय सहायता के लिए कैसे आवेदन करना है, के बारे में निर्देशों के लिए, पृष्ठ 2 का संदर्भ लें।इस आवेदनपत्र के बारे में किन्हीं प्रश्नों के लिए, कृपया 855-547-4584 पर कॉल करें।

1. रोगी की जानकारी:

अंतिम नाम	पहला नाम	सामाजिक सुरक्षा नम्बर
सड़क का पता		जन्म तिथि

शहर	राज्य	ज़िप कोड टेलीफोन नम्बर

यदि आप गर्भवती हैं, तो आपकी नियत तारीख क्या है? ____________________ मेडिकल रिकार्ड संख्या (यदि उपलब्ध हो)

कानूनी स्थिति: ☐ अमेरिकी नागरिक ☐ रिकी निवासी (पहचान पत्र संलग्न करें) वीज़ा (विद्यार्थ ☐ वर्क, विज़िटर)

☐ गैर अमेरिकी नागरिक

2. पारिवारिक जानकारी :अपने जीवनसाथी और/या अपने घर में रहने वाले किसी भी निर्भर बच्चों की सूची। गैर-शादीशुदा भागीदारों को शामिल न करें। यदि और अधिक स्थान आवश्यक है, एक अलग दस्तावेज संलग्न करें।

परिवार के सदस्य का नाम	आवेदक के साथ संबंध	जन्म तिथि

3. आय की जानकारी :

आपकी और आपके जीवन साथी की आय की जानकारी प्रदान करना ज़रूरी है। आय के सभी स्रोतों को शामिल करें। आय के स्रोतों में शामिल हो सकते हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं: मजदूरी/वेतन, भत्ता, सामाजिक सुरक्षा, बेरोजगारी, किराये की आय, कार्यकर्ता क्षतिपूर्ति, और बच्चे के लिए आर्थिक सहायता। यदि आपकी कोई आय नहीं है, अपने आवेदनपत्र के साथ समर्थन पत्र संलग्न करें। (पृष्ठ 2 पर निर्देश देखें)

परिवार के सदस्य का नाम	आय का स्रोत	अर्जित राशि कर से पहले (गोला लगाएँ)	बेरोजगार / कोई आय नहीं
		$______________ ❑ साप्ताहिक ❑ द्वि-सप्ताह ❑ मासिक	❑
		$______________ ❑ साप्ताहिक ❑ द्वि-सप्ताह ❑ मासिक	❑

4. स्वास्थ्य बीमा:

क्या आप मेडीकेयर या मेडीकेड (Medicare or Medicaid) या किसी विदेशी देश से कवरेज सहित, किसी भी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत कवर्ड हैं?

☐ हाँ ☐ नहीं

यदि **हाँ**, कृपया अपने बीमा कार्ड के आगे और पीछे की एक कॉपी इस आवेदनपत्र के साथ लगाएँ या निम्नलिखित प्रविष्ट करें:

पॉलिसी धारक:	**बीमा कंपनी:**	**पॉलिसी संख्या:**
पॉलिसी धारक:	**बीमा कंपनी:**	**पॉलिसी संख्या:**

5. कृपया हस्ताक्षर करने से पहले ध्यान से पढ़ें:

मैं नीचे हस्ताक्षर करके प्रमाणित करता/ती हूँ कि मैंने इस आवेदनपत्र में जो भी बताया है और कोई भी संलग्नक सही है।

– मैं समझता/ती हूँ कि इस फॉर्म पर दी गई कोई भी गलत, अधूरी, या झूठी जानकारी का परिणाम वित्तीय सहायता के लिए मेरे आवेदनपत्र का अस्वीकार किया जाना हो सकता है।

- मैं Yale New Haven Health को सारी जानकारी की पुष्टि करने के लिए अनुमति देता/ती हूँ।
- मैं Yale New Haven Health को मेरी क्रेडिट रिपोर्ट का अनुरोध करने के लिए अनुमति देता/ती हूँ।
- इस आवेदन द्वारा कवर्ड सेवाओं के लिए, मैं अपने वित्तीय सहायता अवार्ड की पूरी राशि चुकाने के लिए सहमत हूँ यदि मैं किसी भी प्रकार का कोई भुगतान प्राप्त करता हूँ, जिसमें किसी मुकद्दमे से प्राप्त अवार्ड भी शामिल है।
- मैं Yale New Haven Health को किन्हीं भी ऐसे बदलावों के बारे में सूचित करने के लिए सहमत हूँ जो वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता को बदल सकते हैं।
- मैं समझता/ती हूँ कि वित्तीय सहायता के लिए मेरे आवेदनपत्र के संबंध में, Yale New Haven Health को मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए मेरे बारे में संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा करने की आवश्यकता हो सकती है (जैसा कि इस पद को HIPAA गोपनीयता नियम, 42 CFR Parts 160 से164 में परिभाषित किया गया है)।
- मैं समझता/ती हूँ कि किसी भी तरह का ऐसा प्रकटीकरण भुगतान उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जैसा कि HIPAA गोपनीयता नियम में परिभाषित किया गया है।

____ ______________________

आवेदन करने वाले व्यक्ति या कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर तारीख

____

आवेदन करने वाले व्यक्ति या कानूनी अभिभावक का प्रिंटिड नाम

कृपया अपने वित्तीय सहायता आवेदन के साथMedicaid आवेदन के बारे में एक मान्य लिखित निर्णय को शामिल करना और आय के प्रमाण या आर्थिक सहायता का एक पत्र लगाना याद रखें।

पूरे किये गये आवेदनपत्र को निम्न पते पर भेजें:

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