

Streszczenie zasad dotyczących pomocy finansowej

Yale New Haven Health rozumie, że niektórzy pacjenci mogą mieć trudności z uregulowaniem rachunków medycznych. Dlatego oferujemy różne programy pomocy finansowej. Abyśmy mogli dokonać weryfikacji potrzeb finansowych, wymagane jest, aby pacjenci wypełnili wnioski o przyznanie pomocy finansowej oraz dostarczyli niezbędną dokumentację.

Aby uzyskać więcej informacji, otrzymać bezpłatne kopie Zasad Pomocy Finansowej (Financial Assistance Policy) i wniosku lub uzyskać pomoc w wypełnieniu wniosku, należy skontaktować się z działem Patient Financial and Admitting Services pod numerem tel. 855-547-4584, odwiedzić stronę www.ynhhs.org/financialassistance lub osobiście przyjść do biur przyjęć (Admitting offices) w następujących lokalizacjach: **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; lub **Yale New Haven Hospital** 20 York Street, New Haven, CT.

Program Usługi bezpłatne (Free care)

Pacjent może kwalifikować się do tego programu, jeżeli:

- Dochód w rodzinie nie przekracza 2½ -krotności kwoty federalnego poziomu ubóstwa (maksymalne kwoty dochodu zawiera zamieszczona niżej tabela)
- Pacjent ubiegał się o pomoc stanową (Medicaid) i otrzymał prawomocną decyzję na piśmie z urzędu stanowego w okresie ostatnich 6 miesięcy; oraz
- Wypełni wniosek o przyznanie pomocy finansowej

Program Usługi ulgowe (Discounted care)

Pacjent może kwalifikować się do programu usług ulgowych, jeżeli:

- Dochód w rodzinie nie przekracza 5½ -krotności kwoty federalnego poziomu ubóstwa (maksymalne kwoty dochodu zawiera zamieszczona niżej tabela)
- Pacjent nie posiada ubezpieczenia oraz
- Wypełni wniosek o przyznanie pomocy finansowej

Maksymalny dochód

Liczba osób w rodzinie	Usługi bezpłatne	Usługi ulgowe
1	\$31 225	\$68 395
2	\$44 275	\$93 005
3	\$53 325	\$117 315
4	\$64 375	\$141 625

*Usługi bezpłatne: należy dodać \$11 050 dla każdego dodatkowego członka rodziny

*Usługi ulgowe: należy dodać \$24 310 dla każdego dodatkowego członka rodziny

Program Ograniczone fundusze szpitalne

Pacjent może kwalifikować się do programu Ograniczone Fundusze Szpitalne, dysponującego środkami, które zostały przekazane w darze w celu zapewnienia bezpłatnych lub świadczonych po ulgowej stawce usług osobom spełniającym kryteria określone dla każdego funduszu, i który zapewnia zredukowanie lub całkowitą eliminację rachunku w przypadku wykazania przez osobę nominującą kwalifikowalności do uzyskania pomocy finansowej oraz pod warunkiem spełnienia wszystkich kryteriów kwalifikacyjnych do otrzymania środków z funduszu (w przypadku każdego funduszu obowiązują inne kryteria). Nie obowiązują tu wymogi dotyczące progu dochodowego. Kwalifikowalność określana jest na podstawie analizy każdego przypadku przez osoby nominujące w oparciu o warunki finansowe. Wszyscy pacjenci YNHHS, którzy złożą wniosek o pomoc finansową, zostaną automatycznie uznani za kandydatów do programu ograniczonych funduszy szpitalnych.

Program Ja i Moje Dziecko w szpitalu Yale New Haven Hospital

Program ten dostępny jest dla pacjentek Yale New Haven Hospital. Zapewnia on uprawnionym osobom bezpłatne usługi w zakresie opieki prenatalnej i podczas porodu oraz ograniczony zakres świadczeń w okresie poporodowym. Do programu mogą kwalifikować się osoby zamieszkałe na terenie okręgu New Haven; nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego; z dochodem na rodzinę niższym niż lub równym 2½-krotności federalnego poziomu ubóstwa (maksymalny dochód podano w tabeli); które ubiegały się o pomoc stanową (Medicaid) i otrzymały prawomocną decyzję z urzędu stanowego. Aby uzyskać więcej informacji lub zwrócić się z prośbą o formularz wniosku dotyczącego uczestnictwa w programie Ja i Moje Dziecko w Yale New Haven Hospital, należy spotkać się z naszymi przedstawicielami w Women's Center lub zadzwonić pod numer tel. **203-688-5470**.

Klinika ambulatoryjna w Greenwich

Klinika ambulatoryjna w Greenwich (Hospital Outpatient Clinic) zapewnia bezpłatne lub świadczone po obniżonych stawkach usługi osobom, które złożą wniosek i zostaną przyjęte w poczet członków kliniki. Do programu mogą kwalifikować się osoby, które nie posiadają ubezpieczenia, nie są uprawnione do uzyskania pomocy stanowej (Medicaid), zamieszkują na terenie Greenwich, a ich dochód na rodzinę jest niższy lub równy 4-krotności federalnego poziomu ubóstwa. W celu uzyskania dokładniejszych informacji lub pobrania aplikacji należy zadzwonić po numer tel. **203-863-3334**.

Uwagi na temat programów

Aby kwalifikować się do uzyskania pomocy finansowej, należy być obywatelem lub rezydentem Stanów Zjednoczonych. Programy te obejmują pomoc w nagłych wypadkach i innych sytuacjach wymagających niezbędnej opieki medycznej. Pokrywają one TYLKO rachunki za szpital członków Yale New Haven Health. FAP zawiera łącznie do listy świadczeniodawców, którzy zapewniają takie usługi, wraz ze wskazaniem, czy honorują oni FAP. Odpłatność pacjentów uprawnionych do pomocy finansowej w zakresie usług w nagłych wypadkach lub innych sytuacjach wymagających niezbędnej opieki medycznej nie może przekroczyć kwoty zwyczajowej, jaką obciążani są pacjenci posiadający ubezpieczenie. Yale New Haven Health na każdy wniosek odpowie pisemnie. W przypadku odmowy, pacjenci w dowolnej chwili mogą ponownie ubiegać się o pomoc. Środki z Ograniczonych Funduszy Szpitalnych dostępne są corocznie. W przypadku niektórych grup pacjentów z ograniczoną znajomością języka angielskiego dostępne są przetłumaczone egzemplarze Zasad Pomocy Finansowej (Financial Assistance Policy), Streszczenia Zasad Pomocy Finansowej (Summary of Financial Assistance Policy) oraz Wniosku.

Pomoc można uzyskać pod numerem tel. 1-855-547-4584.

W jaki sposób należy ubiegać się o pomoc finansową?

W celu uproszczenia procesu dla pacjentów, w przypadku większości programów pomocy finansowej Yale New Haven Health używa tego samego formularza wniosku. Jeżeli pacjentka szpitala Yale New Haven Hospital chce ubiegać się o włączenie do programu Ja i Moje Dziecko, należy skontaktować się z przedstawicielem Women's Center pod numerem tel. 203-688-5470. Jeżeli pacjent szpitala Greenwich Hospital chce ubiegać się o włączenie do programu Klinika Ambulatoryjna, należy zadzwonić po numer tel. 203-863-3334.

Uwaga: Aby kwalifikować się do uczestnictwa w naszych programach pomocy finansowej, należy posiadać bieżące rachunki ze szpitala lub mieć wyznaczoną wizytę.

Program Usługi Bezpłatne: Należy wykonać czynności 1, 2, 3 i 4.

Program Usługi Ulgowe: Należy wykonać czynności 2, 3 i 4.

Czynność 1: Ubieganie się o stanową pomoc finansową.

Aby kwalifikować się do programu Usługi Bezpłatne, pacjent MUSI ubiegać się o stanową pomoc finansową (Medicaid) na terenie stanu zamieszkania i otrzymać pisemną, prawomocną decyzję dotyczącą wniosku. Decyzja odmowna jest uznana za „nieprawomocną”, jeżeli jej podstawą jest niedostarczenie przez pacjenta informacji lub odmowa współpracy.

O pomoc w ramach Medicaid można ubiegać się w lokalnym biurze Department of Social Services (DSS). Aby dowiedzieć się, gdzie jest najbliższe biuro DSS, mieszkańcy stanu Connecticut powinni dzwonić pod numer tel. 1-800-842-1508; można również złożyć wniosek na stronie www.accesshealthct.com. Ponadto w Yale New Haven Health jest personel, który może udzielić pomocy w wypełnianiu wniosku. W sprawie pomocy należy dzwonić pod numer tel. 1-855-547-4584.

Po otrzymaniu pisemnej decyzji z DSS można ubiegać się o pomoc w ramach programu Usługi bezpłatne. Decyzje, od wydania, których upłynął okres dłuższy niż 6 miesięcy, nie będą akceptowane.

Czynność 2: Wypełnienie wniosku.

Należy odpowiedzieć na WSZYSTKIE pytania zawarte w wniosku, jak również opatrzyć go datą i podpisać. Jeżeli dane pytanie nie dotyczy rodziny pacjenta, w przeznaczonym do tego miejscu należy wpisać „N/D” (nie dotyczy).

Czynność 3: Załączenie dowodu wysokości dochodów do wniosku. Dowód wysokości dochodów jest to dokumentem zawierającym informacje na temat dochodów w rodzinie w okresie wypełniania wniosku. W tabeli zamieszczonej z prawej strony podano wykaz dokumentów, które można w tym celu wykorzystać.

Czynność 4: Wysłanie wniosku. Należy załączyć: 1) List z decyzją DSS dotyczącą kwalifikowalności do pomocy stanowej; 2) Wypełniony, podpisany i opatrzony datą wniosek; oraz 3) Dowód wysokości dochodów:

Yale New Haven Health
SBO, Attn: Financial Assistance

PO BOX 1403
New Haven, CT 06505

Następujące dokumenty można użyć jako dowód wysokości dochodów:

Jeżeli źródłem dochodu rodziny jest ...	Jako dowód wysokości dochodów można załączyć kopie następujących dokumentów: (Dokumenty te nie mogą być starsze niż sześć miesięcy, z wyjątkiem ostatniego zeznania podatkowego [Federal Tax Return].)
Płaca (pensja lub stawka godzinowa)	<ul style="list-style-type: none"> Dwa (2) ostatnie odcinki wypłaty, LUB List od pracodawcy na firmowym papierze z określeniem liczby godzin pracy i stawki godzinowej (przed opodatkowaniem)
Dochód z tytułu samozatrudnienia (w przypadku pracy na własny rachunek)	<ul style="list-style-type: none"> Ostatnie zeznanie podatkowe [Federal Income Tax Return] (musi być podpisane przez pacjenta)
Świadczenia (ubezpieczenie społeczne [Social Security], świadczenia dla weteranów, odszkodowania pracownicze [Worker's Compensation], zasiłek dla bezrobotnych, renta, fundusz emerytalny, zasiłek SSI, alimenty)	<ul style="list-style-type: none"> Ostatni list informujący o przyznaniu świadczeń, LUB Wykaz świadczeń, LUB Odcinki z czeków
Dochód z wynajmu	<ul style="list-style-type: none"> Kopia dokumentu wynajmu lub pisemnej umowy ze wskazaniem ceny najmu, LUB Napisany przez pacjenta list wskazujący roczny dochód z najmu
Dochody z odsetek, dywidend lub lokat z corocznymi odsetkami	<ul style="list-style-type: none"> Ostatnie zeznanie podatkowe [Federal Income Tax Return], LUB Sprawozdanie z instytucji finansowej, zawierające kwotę i częstość płatności oraz kwotę dotychczas zapłaconą w tym roku
Brak dochodów	<ul style="list-style-type: none"> List od osoby, która zapewnia utrzymanie pacjenta, LUB Jeżeli nie ma osoby zapewniającej utrzymanie, podpisany i opatrzony datą list od pacjenta, zawierający wyjaśnienie jego obecnej sytuacji finansowej

Wniosek o przyznanie pomocy finansowej

W przypadku większości programów pomocy finansowej Yale New Haven Health używa tego samego formularza wniosku. Po wypełnieniu tego wniosku pacjent zostanie uznany za kandydata do programów Usługi Bezpłatne, Usługi Ulgowe i Fundusze Szpitalne. Instrukcje dotyczące ubiegania się o pomoc finansową zamieszczono na stronie 2. W sprawie wszelkich pytań dotyczących tego wniosku prosimy o kontakt pod numerem tel. 1-855-547-4584.

1. Informacje dotyczące pacjenta:

Nazwisko

Imię

Adres (ulica)

Data urodzenia

Miasto

Stan

Kod pocztowy

Numer telefonu

W przypadku ciąży, termin porodu _____

Numer dokum. medycznej
(jeśli dostępna)

Status prawny: Obywatel USA Rezydent USA Wiza (student, praca, gość) Osoba nie będąca Obywatелеm USA

2. **Informacje dotyczące rodziny:** Należy wymienić współmałżonka i/lub wszystkie będące na utrzymaniu dzieci. Nie uwzględniać partnerów niepozostających w związku małżeńskim. Jeżeli wymagane jest dodatkowe miejsce, należy dołączyć osobny dokument.

Imię i nazwisko członka rodziny	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Data urodzenia

3. Informacje dotyczące dochodów:

Wymagane jest podanie informacji dotyczących wnioskodawcy oraz współmałżonka. Należy uwzględnić wszystkie źródła dochodów. Źródła dochodów to, między innymi: płaca godzinowa/pensja, alimenty, zasiłek SS, zasiłek dla bezrobotnych, dochód z wynajmu, odszkodowania pracownicze i alimenty na dzieci. W przypadku braku dochodu należy dołączyć do wniosku list od osoby, na utrzymaniu której jest wnioskodawca. (Patrz instrukcja na stronie 2)

Imię i nazwisko członka rodziny	Źródło dochodów	Kwota zarobków przed opodatkowaniem	Osoba bezrobotna / Brak dochodu
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Tyg. <input type="checkbox"/> 2-tyg. <input type="checkbox"/> Mies.	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Tyg. <input type="checkbox"/> 2-tyg. <input type="checkbox"/> Mies.	<input type="checkbox"/>

4. Ubezpieczenie zdrowotne

Czy jest Pan/Pani objęty/-a jakimkolwiek ubezpieczeniem zdrowotnym, w tym Medicare lub Medicaid, lub ubezpieczeniem z terenu innego kraju? TAK NIE

Jeśli **tak**, proszę załączyć do wniosku kopie obu stron karty ubezpieczenia LUB wpisać następujące informacje:

Posiadacz polisy:	Ubezpieczyciel:	Nr polisy:
Posiadacz polisy:	Ubezpieczyciel:	Nr polisy:

5. Przed podpisaniem należy dokładnie przeczytać:

Poprzez złożenie podpisu poniżej oświadczam, że wszystkie stwierdzenia w niniejszym wniosku i każdym załączniku są prawdziwe.

- Rozumiem, że jakiegokolwiek nieprawidłowe, niepełne lub nieprawdziwe informacje zamieszczone w tym formularzu mogą skutkować odrzuceniem mojego wniosku o przyznanie pomocy finansowej.
- Wyrażam zgodę na zweryfikowanie wszelkich informacji przez Yale New Haven Health.
- Wyrażam zgodę, aby Yale New Haven Health uzyskał dostęp do mojego raportu kredytowego.
- Zgadzam się na spłacenie w całości kwoty przyznanej mi pomocy finansowej za usługi, które obejmuje niniejszy wniosek, w przypadku, gdy otrzymam jakąkolwiek płatność, w tym przyznaną w wyniku procesu sądowego.
- Zgadzam się na poinformowanie Yale New Haven Health o wszelkich zmianach, które mogłyby wpłynąć na moje uprawnienia do otrzymania pomocy finansowej.
- Rozumiem, że w związku z moim wnioskiem o przyznanie pomocy finansowej może zająć konieczność ujawnienia przez Yale New Haven Health dotyczących mnie chronionych informacji zdrowotnych (Protected Health Information) (zgodnie z definicją tego terminu w Zasadach Prywatności HIPAA, 42 CFR części 160 do 164) w celu określenia mojej kwalifikowalności.
- Rozumiem, że ujawnienie takie zostanie dokonane dla celów płatności, tak jak jest to określone w Zasadach Prywatności HIPAA.

Podpis wnioskodawcy lub prawnego opiekuna

Data

Nazwisko i imię wnioskodawcy lub prawnego opiekuna drukowanymi literami

Proszę pamiętać, aby do wniosku o pomoc finansową załączyć pisemną decyzję dotyczącą wniosku o przyznanie Medicaid oraz dowód wysokości dochodów lub list od osoby zapewniającej utrzymanie.

Wypełniony wniosek należy wysłać na adres:

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