

Tóm Tắt Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính

Yale New Haven Health hiểu rằng một số bệnh nhân có thể gặp khó khăn khi thanh toán hóa đơn y tế của mình. Đó là lý do tại sao chúng tôi có nhiều chương trình hỗ trợ tài chính để trợ giúp. Bệnh nhân phải hoàn thành đơn xin hỗ trợ tài chính và cung cấp hồ sơ yêu cầu để xác minh nhu cầu tài chính.

Chăm sóc miễn phí

Quý vị có thể đủ điều kiện được chăm sóc miễn phí nếu:

- Thu nhập của gia đình quý vị ít hơn hoặc bằng 2½ lần Mức Nghèo Khó của Liên Bang; và
- Quý vị hoàn thành đơn xin hỗ trợ tài chính

Chăm sóc giảm giá

Quý vị có thể đủ điều kiện được chăm sóc giảm giá nếu:

- Thu nhập của gia đình quý vị ít hơn hoặc bằng 5½ lần Mức Nghèo Khó của Liên Bang; và
- Quý vị không được bảo hiểm; và
- Quý vị hoàn thành đơn xin hỗ trợ tài chính

Thang đổi chiếu

Quý vị có thể đủ điều kiện được áp dụng thang đổi chiếu nếu:

- Thu nhập của gia đình quý vị ít hơn hoặc bằng 5½ lần Mức Nghèo Khó của Liên Bang; và
- Quý vị được bảo hiểm; và
- Quý vị hoàn thành đơn xin hỗ trợ tài chính

Những Câu Hỏi Thường Gặp

Mức thu nhập tối đa để đủ điều kiện được hưởng chương trình là gì?

Để biết chi tiết về các mức thu nhập tối đa của từng chương trình, hãy truy cập trang www.ynhhs.org/financialassistance.

Có các tiêu chuẩn khác để được hỗ trợ tài chính không?

Ngoài việc đáp ứng các tiêu chuẩn về thu nhập, quý vị phải là công dân hoặc cư dân của Hoa Kỳ để đủ điều kiện tham gia.

Những gì được bao trả theo hỗ trợ tài chính?

Các chương trình hỗ trợ tài chính của chúng tôi bao trả chăm sóc khẩn cấp và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác chỉ cho hóa đơn của Yale New Haven Health. Đường liên kết đến danh sách các nhà cung cấp được bao trả có trên trang www.ynhhs.org/financialassistance.

Tôi sẽ đủ điều kiện trong bao lâu?

Sau khi được chấp thuận Chăm Sóc Miễn Phí, Chăm Sóc Giảm Giá hoặc Thang Đổi Chiếu, quý vị sẽ đủ điều kiện trong vòng 12 tháng kể từ ngày đơn xin được chấp thuận.

Làm thế nào tôi biết đơn xin của tôi được chấp thuận hay không?

Chúng tôi sẽ có văn bản hồi âm từng đơn xin. Nếu đơn xin của quý vị bị từ chối, quý vị có thể nộp lại vào bất cứ lúc nào. Quý giường bệnh miễn phí bổ sung khả dụng mỗi năm.

Tôi có thể liên hệ với ai nếu tôi có thêm câu hỏi?

Để tìm hiểu thêm, nhận một bản Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và đơn xin miễn phí của chúng tôi, hoặc để được trợ giúp hoàn thành đơn xin, hãy liên hệ Dịch Vụ Tài Chính và Tiếp Nhận Bệnh Nhân theo số điện thoại **855-547-4584**.

Thông Tin Chi Tiết Bổ Sung về Chương Trình

Quý giường bệnh hạn chế

Quý giường bệnh hạn chế được quyên tặng để cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá cho những người đáp ứng tiêu chuẩn của quý. Quý vị có thể đủ điều kiện được nhận những quý này để giảm hoặc miễn hóa đơn nếu quý vị có nhu cầu tài chính được chứng minh theo quyết định của người chỉ định của quý và quý vị đáp ứng mọi điều kiện hội đủ để nhận những quý này (mỗi quý có các tiêu chí riêng biệt). Không có giới hạn thu nhập cụ thể để nhận quý giường bệnh hạn chế. Điều kiện hội đủ được xác định cho từng trường hợp bởi người chỉ định của quý dựa trên tình trạng khó khăn về tài chính. Tất cả bệnh nhân điền vào đơn xin hỗ trợ tài chính YNHHS sẽ tự động được xem xét để nhận quý giường bệnh hạn chế.

Greenwich Hospital Outpatient Clinic

Greenwich Hospital Outpatient Clinic cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá cho những người nộp đơn và được chấp thuận trở thành hội viên của phòng khám. Nếu quý vị không có bảo hiểm và không đủ điều kiện được Hỗ Trợ của Tiểu Bang (Medicaid), quý vị có thể đủ điều kiện nếu:

1. Quý vị là cư dân Greenwich
2. Thu nhập của gia đình quý vị ít hơn hoặc bằng 4 lần Mức Nghèo Khó của Liên Bang.

Để biết thêm thông tin hoặc để nhận đơn đăng ký với Greenwich Hospital Outpatient Clinic, vui lòng gọi số 203-863-3334.

Lưu ý về chương trình

Những bệnh nhân đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính sẽ không bị tính phí cao hơn số tiền thường được xuất hóa đơn cho bệnh nhân có bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc khác cần thiết về mặt y tế. Bản dịch Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính, Tóm Tắt Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và Đơn Xin của chúng tôi có sẵn cho một số nhóm người có tiếng Anh hạn chế.

Làm thế nào tôi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính?

Để việc nộp đơn xin hỗ trợ tài chính được dễ dàng hơn, Yale New Haven Health sử dụng một đơn xin cho hầu hết các chương trình hỗ trợ tài chính. Để nộp đơn xin, hãy hoàn thành các bước dưới đây.

Bước 1: Hoàn thành đơn xin.

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi, ký tên và đề ngày đơn xin. Nếu câu hỏi không áp dụng đối với gia đình của quý vị, vui lòng viết "Không áp dụng" vào chỗ trống được cho.

Bước 2: Đính kèm bằng chứng thu nhập vào đơn xin của quý vị. Bằng chứng thu nhập là tài liệu thể hiện khoản thu nhập của gia đình quý vị khi quý vị điền đơn xin. Xem bảng ở bên phải để biết các loại hồ sơ có thể được sử dụng.

Bước 3: Gửi đơn xin qua đường bưu điện hoặc trực tiếp đến chúng tôi.

Vui lòng gửi kèm theo:

1. Đơn xin hoàn chỉnh, có chữ ký và đề ngày
2. Bằng chứng thu nhập

Qua đường bưu điện

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

Qua fax: 203-688-1640

Trực tiếp

Đến bất kỳ địa điểm nào của chúng tôi dưới đây:

Bridgeport Hospital

267 Grant Street, Bridgeport, CT

Bridgeport Hospital – Milford Campus

300 Seaside Ave, Milford, CT

Greenwich Hospital

5 Perryridge Road, Greenwich, CT

Lawrence + Memorial Hospital

365 Montauk Avenue, New London, CT

Westerly Hospital

25 Wells Street, Westerly, RI

Yale New Haven Hospital

20 York Street, New Haven, CT

Yale New Haven Hospital – St. Raphael Campus

20 York Street, New Haven, CT

Để tìm hiểu thêm, lấy một bản Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính miễn phí của chúng tôi, hoặc để được trợ giúp hoàn thành đơn xin



Qua điện thoại:

855-547-4584

Thứ Hai - Thứ Sáu

7:30 sáng – 5:00 giờ chiều



Trực tuyến:

www.ynhhs.org/financialassistance

Những hồ sơ sau đây có thể được sử dụng làm bằng chứng thu nhập:

Nếu thu nhập của gia đình quý vị từ ...	Quý vị có thể đính kèm bản sao những hồ sơ này làm bằng chứng thu nhập: (Những hồ sơ này không được quá sáu tháng, trừ Tờ Khai Thuế Liên Bang gần đây nhất của quý vị có thể cũ hơn.)
Tiền lương (Nếu quý vị nhận lương hoặc được trả tiền theo giờ cho một công việc)	<ul style="list-style-type: none"> – Hai (2) phiếu lương gần đây nhất, HOẶC – Thư từ chủ lao động của quý vị có tiêu đề thư công ty trình bày số giờ mà quý vị làm được và mức lương một giờ (trước thuế) của quý vị
Thu nhập tự kinh doanh (Nếu quý vị làm việc cho bản thân mình)	<ul style="list-style-type: none"> – Tờ Khai Thuế Thu Nhập Liên Bang gần đây nhất
Phúc Lợi (An Sinh Xã Hội, Cựu Chiến Binh, Bồi Thường Lao Động, Thất nghiệp, Hưu trí, Quỹ hưu trí, SSI, khoản cấp dưỡng)	<ul style="list-style-type: none"> – Thư chấp thuận phúc lợi gần đây nhất, HOẶC – Bản kê Phúc Lợi, HOẶC – Phiếu lương
Thu Nhập Tiền Thuê	<ul style="list-style-type: none"> – Bản sao hợp đồng thuê hoặc văn bản thỏa thuận thể hiện số tiền thuê, HOẶC – Thư do quý vị viết, nêu rõ số tiền thuê mà quý vị nhận được một năm
Tiền Lãi, Cổ Tức hoặc Khoản Thanh Toán Niên Kim	<ul style="list-style-type: none"> – Tờ Khai Thuế Thu Nhập Liên Bang gần đây nhất, HOẶC – Bản trình bày từ tổ chức tài chính nêu rõ số tiền và tần suất thanh toán cũng như số tiền đã trả từ năm này cho đến ngày hiện tại
Nếu quý vị không có thu nhập	<ul style="list-style-type: none"> – Thư từ một người hỗ trợ quý vị, HOẶC – Nếu quý vị không có người hỗ trợ cho mình, gửi thư có chữ ký và đề ngày giải thích tình hình tài chính hiện tại của quý vị

Đơn Xin tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính

Yale New Haven Health sử dụng một đơn xin cho hầu hết các chương trình hỗ trợ tài chính. Khi hoàn thành đơn xin này, quý vị sẽ được xem xét tham gia chương trình Chăm Sóc Miễn Phí, Chăm Sóc Giảm Giá, Thang Đối Chiếu và Quỹ Giường Bệnh. Để biết hướng dẫn về các nộp đơn xin hỗ trợ tài chính, vui lòng tham khảo trang 2. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về đơn xin này, hãy gọi đến chúng tôi theo số 855-547-4584.



1. Thông tin bệnh nhân:

_____		_____	
Họ	Tên		
_____		_____	
Địa chỉ đường		Ngày sinh	
_____		_____	
Thành phố	Tiểu bang	Mã zip	Số điện thoại
_____			_____
			Số Hồ Sơ Y Tế (nếu có)

2. Thông Tin Gia Đình:

Liệt kê vợ/chồng và/hoặc bất kỳ trẻ phụ thuộc nào của quý vị đang sống trong hộ gia đình của quý vị. Không bao gồm bạn tình chưa kết hôn. Nếu cần thêm chỗ trống, vui lòng đính kèm một hồ sơ riêng biệt.

Tên của thành viên gia đình	Quan hệ với người nộp đơn	Ngày sinh

3. Thông tin thu nhập:

Bao gồm thông tin về tất cả các nguồn thu nhập của quý vị và vợ/chồng của quý vị. Phải cung cấp thông tin thu nhập của quý vị và vợ/chồng của quý vị. Nguồn thu nhập có thể bao gồm, nhưng không giới hạn, tiền lương/tiền công, tiền cấp dưỡng, an sinh xã hội, thất nghiệp, thu nhập tiền thuê, bồi thường lao động và trợ cấp nuôi con. Nếu quý vị không có thu nhập, đính kèm thư hỗ trợ vào đơn xin của quý vị. (Xem hướng dẫn ở Trang 2)

Tên của thành viên gia đình	Nguồn thu nhập	Số tiền có được trước thuế	Thất nghiệp/Không có thu nhập
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hàng tháng	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hàng tháng	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hàng tháng	<input type="checkbox"/>

4. Bảo Hiểm Y Tế:

Quý vị có được bao trả theo bất cứ hợp đồng bảo hiểm y tế nào, bao gồm Medicare hoặc Medicaid, hoặc khoản bao trả từ quốc gia nước ngoài không? CÓ KHÔNG

Nếu có, vui lòng đính kèm bản sao mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm vào đơn xin này hoặc nhập những thông tin sau đây:

Chủ hợp đồng:	Công ty bảo hiểm:	Hợp đồng số:
Chủ hợp đồng:	Công ty bảo hiểm:	Hợp đồng số:

5. Vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên:

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng những thông tin tôi trình bày trong đơn xin này và bất cứ tài liệu kèm theo nào đều đúng sự thật.

- Tôi hiểu rằng bất cứ thông tin nào không chính xác, không đầy đủ, hoặc sai lệch trong biểu mẫu này có thể khiến đơn xin hỗ trợ tài chính của tôi bị từ chối.
- Tôi cho phép Yale New Haven Health xác minh bất cứ và mọi thông tin.
- Tôi cho phép Yale New Haven Health yêu cầu báo cáo tín dụng của tôi.
- Tôi đồng ý trả lại đầy đủ số tiền hỗ trợ tài chính nếu tôi nhận được khoản thanh toán các loại, bao gồm khoản tiền từ vụ kiện tụng, cho những dịch vụ được trình bày trong đơn xin này.
- Tôi đồng ý thông báo với Yale New Haven Health về bất cứ sự thay đổi nào có thể thay đổi điều kiện hội đủ được hỗ trợ tài chính của tôi.
- Tôi hiểu rằng liên quan đến đơn xin hỗ trợ tài chính của tôi, Yale New Haven Health có thể cần công khai Thông Tin Y Tế Được Bảo Vệ (như được định nghĩa trong Quy Tắc về Sự Riêng Tư của HIPAA, 42 CFR Phần 160 đến 164) về tôi để quyết định điều kiện hội đủ của tôi.
- Tôi hiểu rằng bất cứ thông tin tiết lộ nào sẽ nhằm mục đích thanh toán như được định nghĩa trong Quy Tắc về Sự Riêng Tư của HIPAA.

Chữ ký của người nộp đơn hoặc người giám hộ hợp pháp

Ngày

Tên viết chữ in của người nộp đơn hoặc người giám hộ hợp pháp

Hãy nhớ bao gồm bằng chứng thu nhập hoặc thư hỗ trợ với đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị.

Gửi đơn xin hoàn chỉnh qua đường bưu điện đến:

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