

## Συνοπτική πολιτική οικονομικής βοήθειας

Το Yale New Haven Health κατανοεί ότι μπορεί να είναι δύσκολο για κάποιους ασθενείς να εξοφλήσουν τους λογαριασμούς των ιατρικών εξόδων τους. Για αυτόν τον λόγο, διαθέτουμε ποικιλία προγραμμάτων οικονομικής βοήθειας που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν. Οι ασθενείς πρέπει να συμπληρώσουν μια αίτηση οικονομικής βοήθειας και να παράσχουν τα απαιτούμενα έγγραφα προκειμένου να εξακριβωθεί η οικονομική ανάγκη.

### Δωρεάν φροντίδα

**Ενδέχεται να είστε επιλέξιμος/η για παροχή δωρεάν φροντίδας εάν:**

- Το οικογενειακό σας εισόδημα είναι χαμηλότερο από ή ισούται με ένα ποσό 2,5 φορές μεγαλύτερο του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας και
- Συμπληρώσετε μια αίτηση οικονομικής βοήθειας

### Φροντίδα με έκπτωση

**Ενδέχεται να είστε επιλέξιμος/η για παροχή φροντίδας με έκπτωση εάν:**

- Το οικογενειακό σας εισόδημα είναι χαμηλότερο από ή ισούται με ένα ποσό 5,5 φορές μεγαλύτερο του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας
- Δεν έχετε ασφάλιση και
- Συμπληρώσετε μια αίτηση οικονομικής βοήθειας

### Κυμαινόμενη κλίμακα

**Ενδέχεται να είστε επιλέξιμος/η για κυμαινόμενη κλίμακα εάν:**

- Το οικογενειακό σας εισόδημα είναι χαμηλότερο από ή ισούται με ένα ποσό 5,5 φορές μεγαλύτερο του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας
- Έχετε ασφάλιση και
- Συμπληρώσετε μια αίτηση οικονομικής βοήθειας

## Συχνές ερωτήσεις

**Ποια είναι τα μέγιστα επίπεδα εισοδήματος που πληρούν τις προϋποθέσεις για τα προγράμματα;**

Για λεπτομέρειες σχετικά με τα μέγιστα επίπεδα εισοδήματος κάθε προγράμματος, επισκεφθείτε τη διεύθυνση [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

**Υπάρχουν άλλες προϋποθέσεις για να λάβω οικονομική βοήθεια;**

Εκτός από το να πληροίτε τα προσόντα εισοδήματος, πρέπει να είστε πολίτης ή κάτοικος των Ηνωμένων Πολιτειών για να πληροίτε τις προϋποθέσεις.

**Τι καλύπτεται από την οικονομική βοήθεια;**

Τα προγράμματα οικονομικής βοήθειας που προσφέρουμε καλύπτουν επείγουσα και άλλη απαραίτητη ιατρική φροντίδα μόνο σε σχέση με τους λογαριασμούς στο Yale New Haven Health. Μπορείτε να βρείτε έναν σύνδεσμο για τον κατάλογο με τους καλυπτόμενους παρόχους στη διεύθυνση [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

**Ποιο είναι το χρονικό διάστημα για το οποίο δικαιούμαι βοήθεια;**

Αφού εγκριθεί η αίτησή σας για παροχή δωρεάν φροντίδας, φροντίδας με έκπτωση ή κυμαινόμενης κλίμακας, θα δικαιούστε τις παροχές αυτές για 12 μήνες από την ημερομηνία έγκρισης της αίτησης.

**Πώς θα μάθω αν εγκρίθηκε η αίτησή μου;**

Θα απαντήσουμε σε κάθε αίτηση γραπτώς. Αν η αίτησή σας απορριφθεί, μπορείτε να υποβάλετε εκ νέου αίτηση οποιαδήποτε στιγμή. Διατίθεται επιπρόσθετη χρηματοδότηση για δωρεάν κλίνες κάθε χρόνο.

**Με ποιον μπορώ να επικοινωνήσω αν έχω επιπλέον ερωτήσεις;**

Για να μάθετε περισσότερα, να λάβετε ένα δωρεάν αντίτυπο της Πολιτικής οικονομικής βοήθειας και του εντύπου της αίτησής μας ή να σας παρασχεθεί βοήθεια για τη συμπλήρωση της αίτησης, επικοινωνήστε με το τμήμα Patient Financial and Admitting Services (Οικονομικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Εισαγωγής Ασθενών) στο **855-547-4584**.

**Λεπτομέρειες επιπλέον προγραμμάτων Χρηματοδότηση κλινών υπό περιορισμούς**

Έχει δοθεί χρηματοδότηση κλινών υπό περιορισμούς με σκοπό την παροχή δωρεάν ή με έκπτωση φροντίδας σε άτομα που πληρούν τα μεμονωμένα κριτήρια της χρηματοδότησης. Ενδέχεται να είστε επιλέξιμος/η να λάβετε την εν λόγω χρηματοδότηση για να μειωθεί ή να διαγραφεί ο λογαριασμός σας αν έχετε αποδεδειγμένη οικονομική ανάγκη, όπως προσδιορίζεται από τον πάροχο της χρηματοδότησης, και πληρείτε όλα τα κριτήρια επιλεξιμότητας για τη λήψη χρηματοδότησης (κάθε χρηματοδότηση έχει μοναδικά κριτήρια). Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα εισοδηματικά όρια για τη λήψη χρηματοδότησης κλινών υπό περιορισμούς. Η επιλεξιμότητα προσδιορίζεται κατά περίπτωση από τους παρόχους χρηματοδότησης βάσει των οικονομικών δυσχερειών. Όλοι οι ασθενείς που συμπληρώνουν την αίτηση οικονομικής βοήθειας του YNHHS θα λαμβάνονται αυτόματα υπόψη για τη χρηματοδότηση κλινών υπό περιορισμούς.

**Greenwich Hospital Outpatient Clinic**

Το Greenwich Hospital Outpatient Clinic παρέχει δωρεάν φροντίδα ή φροντίδα με έκπτωση σε άτομα που υποβάλλουν αίτηση μέλους κλινικής η οποία εγκρίνεται. Αν δεν έχετε ασφάλιση και δεν είστε επιλέξιμος/η για κρατική βοήθεια (Medicaid), ενδέχεται να είστε επιλέξιμος/η αν:

1. Είστε κάτοικος του Greenwich
2. Έχετε οικογενειακό εισόδημα που είναι χαμηλότερο ή ισούται με ποσό τετραπλάσιο του Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας.

Για περισσότερες πληροφορίες ή για να λάβετε αίτηση από το Greenwich Hospital Outpatient Clinic, καλέστε στο 203-863-3334.

**Σημείωση σχετικά με τα προγράμματα**

Οι ασθενείς που είναι επιλέξιμοι για την παροχή οικονομικής βοήθειας δεν θα χρεώνονται με ποσά μεγαλύτερα εκείνων που χρεώνονται γενικά στους ασθενείς που διαθέτουν ασφάλιση για επείγουσα ή άλλη απαραίτητη ιατρική φροντίδα. Μεταφράσεις της Πολιτικής οικονομικής βοήθειας, της Συνοπτικής πολιτικής οικονομικής βοήθειας και του εντύπου Αίτησης παρέχονται σε ορισμένες ομάδες με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας.

## Πώς θα υποβάλω αίτηση για οικονομική βοήθεια;

Για να διευκολύνει την υποβολή αίτησης για οικονομική βοήθεια, το Yale New Haven Health χρησιμοποιεί μία αίτηση για τα περισσότερα προγράμματα οικονομικής βοήθειας. Για να υποβάλετε αίτηση, ακολουθήστε τα πιο κάτω βήματα.

### Βήμα 1: Συμπληρώστε την αίτηση.

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, υπογράψτε και δηλώστε την ημερομηνία στην αίτηση. Αν μια ερώτηση δεν ισχύει για την οικογένειά σας, γράψτε «Δ/Ι» (δεν ισχύει) στον κενό χώρο που παρέχεται.

### Βήμα 2: Επισυνάψτε ένα αποδεικτικό έγγραφο εισοδήματος

στην αίτησή σας. Το αποδεικτικό εισοδήματος είναι ένα έγγραφο που απεικονίζει το οικογενειακό σας εισόδημα κατά τη στιγμή συμπλήρωσης της αίτησης. Ανατρέξτε στον πίνακα δεξιά για τα είδη εγγράφων που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε.

### Βήμα 3: Ταχυδρομήστε την αίτηση ή επισκεφθείτε μας αυτοπροσώπως.

Θα πρέπει να συμπεριλάβετε:

1. Τη συμπληρωμένη, υπογεγραμμένη και χρονολογημένη αίτηση
2. Αποδεικτικό εισοδήματος

#### Ταχυδρομικά:

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

#### Με φαξ: 203-688-1640

#### Αυτοπροσώπως:

Επισκεφθείτε μας σε μία από τις πιο κάτω τοποθεσίες:

##### **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

**Για να μάθετε περισσότερα, να λάβετε ένα δωρεάν αντίτυπο της Πολιτικής οικονομικής βοήθειας που εφαρμόζουμε ή να λάβετε βοήθεια για τη συμπλήρωση μιας αίτησης, απευθυνθείτε**



**Τηλεφωνικά:**  
855-547-4584  
Δευτ-Παρ  
7:30 π.μ. – 5:00 μ.μ.



**Μέσω διαδικτύου:**  
[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)

## Τα ακόλουθα έγγραφα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αποδεικτικό εισοδήματος:

<b>Αν το οικογενειακό σας εισόδημα προέρχεται από...</b>	<b>Μπορείτε να επισυνάψετε αντίτυπα αυτών των εγγράφων ως αποδεικτικό εισοδήματος:</b> (Τα έγγραφα αυτά πρέπει να έχουν εκδοθεί εντός του τελευταίου εξαμήνου εκτός από την τελευταία φορολογική σας δήλωση που μπορεί να είναι παλαιότερη.)
<b>Αποδοχές</b> (Αν λαμβάνετε μισθό ή ωρομίσθιο για μία εργασία)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Τις δύο (2) πιο πρόσφατες βεβαιώσεις αποδοχών <b>Η'</b></li> <li>– Μια επιστολή από τον εργοδότη σας σε εταιρικό επιστολόχαρτο που αναφέρει τον αριθμό των ωρών εργασίας σας και τις αποδοχές σας ανά ώρα (προ φόρων)</li> </ul>
<b>Εισόδημα αυτοαπασχολούμενου</b> (Εάν εργάζεστε ως αυτοαπασχολούμενος)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Η πιο πρόσφατη φορολογική δήλωση</li> </ul>
<b>Παροχές</b> (Κοινωνική ασφάλιση, παροχές σε βετεράνους πολέμου, αποζημίωση εργατικού ατυχήματος, επίδομα ανεργίας, συντάξεις, συνταξιοδοτικά ταμεία, επικουρική ασφάλιση, διατροφή συζύγου)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Την πιο πρόσφατη αίτηση έγκρισης παροχών <b>Η'</b></li> <li>– Βεβαίωση παροχών <b>Η'</b></li> <li>– Στελέχη επιταγών</li> </ul>
<b>Εισόδημα από μισθώματα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Αντίγραφο μισθωτηρίου συμβολαίου ή γραπτής συμφωνίας που αναφέρει το ποσό του ενοικίου <b>Η'</b></li> <li>– Μια επιστολή γραμμένη από εσάς που αναφέρει το ποσό του ενοικίου που εισπράττετε ετησίως</li> </ul>
<b>Τόκοι, μερίσματα ή ετήσιες πρόσοδοι</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Την τελευταία φορολογική σας δήλωση <b>Η'</b></li> <li>– Βεβαίωση χρηματοπιστωτικού ιδρύματος που αναφέρει το ποσό και τη συχνότητα των καταβολών, καθώς και το ποσό που έχει καταβληθεί μέχρι σήμερα κατά το τρέχον έτος</li> </ul>
<b>Αν δεν έχετε εισοδήματα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Μια επιστολή από το πρόσωπο που σας υποστηρίζει <b>Η'</b></li> <li>– Αν δεν έχετε κάποιο πρόσωπο που σας υποστηρίζει οικονομικά, πρέπει να αποστείλετε μια υπογεγραμμένη και χρονολογημένη επιστολή που εξηγεί την τρέχουσα οικονομική σας κατάσταση</li> </ul>

## Αίτηση για προγράμματα οικονομικής βοήθειας

Το Yale New Haven Health χρησιμοποιεί μία αίτηση για τα περισσότερα προγράμματα οικονομικής βοήθειας. Συμπληρώνοντας την παρούσα αίτηση, θα ληφθείτε υπόψη ώστε να συμμετάσχετε στα προγράμματα δωρεάν φροντίδας, φροντίδας με έκπτωση, κυμαινόμενης κλίμακας και χρηματοδότησης κλινών που προσφέρουμε. Για οδηγίες σχετικά με την υποβολή αίτησης για οικονομική βοήθεια, ανατρέξτε στη σελίδα 2. Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με αυτήν την αίτηση, καλέστε μας στο 855-547-4584.



### 1. Στοιχεία ασθενούς:

Επώνυμο	Όνομα		
Οδός και αριθμός		Ημερομηνία γέννησης	
Πόλη	Πολιτεία	T.K.	Τηλέφωνο
			Αριθμός ιατρικού φακέλου (αν είναι διαθέσιμος)

### 2. Οικογενειακά στοιχεία:

Αναφέρετε τον/την σύζυγο ή/και τυχόν εξαρτώμενα τέκνα που ζουν στο νοικοκυριό σας. Μην συμπεριλαμβάνετε συντρόφους εκτός γάμου. Αν χρειάζεστε περισσότερο κενό χώρο, επισυνάψτε ένα ξεχωριστό έγγραφο.

Όνομα μέλους της οικογένειας	Σχέση με τον αιτούντα/την αιτούσα	Ημερομηνία γέννησης

### 3. Στοιχεία εισοδήματος:

Πρέπει να συμπεριλάβετε πληροφορίες για όλες τις πηγές εισοδήματος που αφορούν εσάς και τον/τη σύζυγό σας. Πρέπει να παρασχεθούν στοιχεία εισοδήματος σχετικά με εσάς και τον/τη σύζυγό σας. Οι πηγές εισοδήματος μπορεί να περιλαμβάνουν ενδεικτικά: αποδοχές (μισθούς/ωρομίσθιο), διατροφή συζύγου, κοινωνική ασφάλιση, επίδομα ανεργίας, εισόδημα από μισθώματα, αποζημίωση σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος και διατροφή τέκνου. Αν δεν έχετε εισόδημα, επισυνάψτε μια επιστολή υποστήριξης στην αίτησή σας. (Βλ. οδηγίες στη σελίδα 2)

Όνομα μέλους της οικογένειας	Πηγή εισοδήματος	Εισόδημα προ φόρων	Ανεργος/η / Ουδέν εισόδημα
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Ανά εβδομάδα <input type="checkbox"/> Δεκαπενθήμερο <input type="checkbox"/> Μήνα	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Ανά εβδομάδα <input type="checkbox"/> Δεκαπενθήμερο <input type="checkbox"/> Μήνα	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Ανά εβδομάδα <input type="checkbox"/> Δεκαπενθήμερο <input type="checkbox"/> Μήνα	<input type="checkbox"/>

#### 4. Ασφάλιση υγείας:

Καλύπτεστε από οποιοδήποτε ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας, περιλαμβανομένων των προγραμμάτων Medicare ή Medicaid ή ασφάλιση που παρέχεται από ξένη χώρα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν **ναι**, επισυνάψτε ένα αντίγραφο της κάρτας ασφάλισής σας (μπροστά και πίσω όψη) στην παρούσα αίτηση ή συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Κάτοχος ασφαλιστηρίου συμβολαίου:	Πάροχος ασφάλισης:	Αρ. συμβολαίου:
Κάτοχος ασφαλιστηρίου συμβολαίου:	Πάροχος ασφάλισης:	Αρ. συμβολαίου:

#### 5. Διαβάστε προσεκτικά προτού υπογράψετε:

Υπογράφοντας πιο κάτω, πιστοποιώ ότι όλα όσα δήλωσα στην παρούσα αίτηση και στα επισυναπτόμενα σε αυτήν έγγραφα είναι αληθή.

- Κατανοώ ότι η δήλωση εσφαλμένων, ελλειπών ή ψευδών στοιχείων στο παρόν έντυπο ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα την απόρριψη της αίτησής μου για οικονομική βοήθεια.
- Δίνω στο Yale New Haven Health την άδεια να επιβεβαιώσει όλα τα στοιχεία.
- Δίνω στο Yale New Haven Health την άδεια να ζητήσει αναφορά σχετικά με την πιστοληπτική μου ικανότητα.
- Συμφωνώ ότι θα εξοφλήσω το πλήρες ποσό της οικονομικής βοήθειας που μου παρασχέθηκε σε περίπτωση που μου καταβληθεί οποιοδήποτε είδους ποσό, όπως ποσά αποζημίωσης βάσει αγωγής, για τις υπηρεσίες που καλύπτονται από την παρούσα αίτηση.
- Συμφωνώ ότι θα ενημερώνω το Yale New Haven Health σχετικά με οποιοδήποτε αλλαγές που θα μπορούσαν να μεταβάλουν το καθεστώς επιλεξιμότητάς μου για την παροχή οικονομικής βοήθειας.
- Κατανοώ ότι σε σχέση με την αίτησή μου για παροχή οικονομικής βοήθειας το Yale New Haven Health ενδέχεται να κοινοποιήσει Προστατευμένες πληροφορίες υγείας [όπως ορίζονται στον Κανονισμό Απορρήτου του Νόμου περί Λογοδοσίας και Φορητότητας της Ασφάλισης Υγείας (HIPAA Privacy Rule), 42 CFR Μέρη 160 έως 164] που με αφορούν προκειμένου να προσδιοριστεί αν είμαι επιλέξιμος/η.
- Κατανοώ ότι η εν λόγω κοινοποίηση θα πραγματοποιηθεί για λόγους πληρωμής, όπως ορίζεται στον Κανονισμό Απορρήτου του Νόμου περί Λογοδοσίας και Φορητότητας της Ασφάλισης Υγείας.

Υπογραφή αιτούντος/αιτούσας ή νόμιμου κηδεμόνα

Ημερομηνία

Όνομα με κεφαλαία του αιτούντος/αιτούσας ή του νόμιμου κηδεμόνα

**Σας υπενθυμίζουμε ότι πρέπει να συμπεριλάβετε αποδεικτικό έγγραφο εισοδήματος ή επιστολή υποστήριξης στην αίτησή σας για παροχή οικονομικής βοήθειας.**

**Ταχυδρομήστε τις συμπληρωμένες αιτήσεις στη διεύθυνση:**

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