

## Resumo da política de assistência financeira

O Yale New Haven Health entende que pode ser difícil para alguns pacientes pagar suas contas médicas. É por isso que temos uma variedade de programas de assistência financeira projetados para ajudar. Os pacientes devem preencher uma solicitação de assistência financeira e fornecer os documentos solicitados para verificar a necessidade financeira.

### Atendimento gratuito

**Você pode estar qualificado(a) para tratamento gratuito se:**

- Sua família ganha menos que ou igual a 2½ vezes o Nível de pobreza federal dos EUA; e
- Você preencher uma solicitação de assistência financeira

### Atendimento com desconto

**Você pode estar qualificado(a) para tratamento com desconto se:**

- Sua família ganha menos que ou igual a 5½ vezes o Nível de pobreza federal dos EUA;
- Você não tem seguro; e
- Você preencher uma solicitação de assistência financeira

### Escala móvel

**Você pode estar qualificado(a) para escala móvel se:**

- Sua família ganha menos que ou igual a 5½ vezes o Nível de pobreza federal dos EUA;
- Você tem seguro; e
- Você preencher uma solicitação de assistência financeira

## Perguntas frequentes

### Quais são os níveis máximos de renda para se qualificar para os programas?

Para obter detalhes sobre os níveis máximos de renda de cada programa, acesse [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Existem outras qualificações para assistência financeira?

Além de atender às qualificações de renda, você deve ser um cidadão ou residente dos Estados Unidos para se qualificar.

### O que está coberto pela assistência financeira?

Nossos programas de assistência financeira cobrem emergências e outros cuidados médicos necessários apenas para contas de saúde do Yale New Haven. Um link para a lista de provedores cobertos pode ser encontrado em [www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance).

### Por quanto tempo estarei qualificado(a)?

Assim que for aprovado para Atendimento gratuito, Atendimento com desconto ou Escala móvel, você terá direito a 12 meses a partir da data da solicitação aprovada.

### Como saberei se minha solicitação foi aprovada?

Responderemos a cada solicitação por escrito. Se sua solicitação for negada, você pode solicitar novamente a qualquer momento. Fundos adicionais para leitos grátis são disponibilizados todos os anos.

### Com quem posso entrar em contato se tiver outras perguntas?

Para saber mais, obtenha uma cópia gratuita de nossa Política de assistência financeira e solicitação ou, para obter ajuda no preenchimento de uma solicitação, entre em contato com os Patient Financial and Admitting Services pelo telefone **855-547-4584**.

### Detalhes adicionais do programa Fundos para leitos restritos

Os fundos para leitos restritos foram doados para fornecer cuidados gratuitos ou com desconto a indivíduos que atendem aos critérios de fundos individuais. Você pode estar qualificado(a) para receber esses fundos para reduzir ou eliminar sua conta se tiver uma necessidade financeira comprovada, conforme determinado pelo nomeador de um fundo e atender a todos os critérios de elegibilidade para receber fundos (cada fundo tem critérios exclusivos). Não há limites de renda específicos para o recebimento de fundos para leitos restritos. A elegibilidade é determinada caso a caso pelos nomeadores do fundo com base nas dificuldades financeiras. Todos os pacientes que preencherem a solicitação de assistência financeira do YNHHS serão considerados automaticamente para os fundos de leitos restritos.

### Greenwich Hospital Outpatient Clinic

A Greenwich Hospital Outpatient Clinic oferece atendimento gratuito ou com desconto para indivíduos que se inscrevem e são aprovados para se tornarem membros da clínica. Se você não tem seguro e não está qualificado(a) para Assistência estadual (Medicaid), você pode estar qualificado(a) se:

1. Você é um residente de Greenwich
2. Você tem renda familiar menor que ou igual a 4 vezes o Nível de pobreza federal dos EUA.

Para obter mais informações ou para receber um formulário de inscrição do Greenwich Hospital Outpatient Clinic, ligue para 203-863-3334.

### Uma observação sobre os programas

Os pacientes qualificados para assistência financeira não serão cobrados mais do que o valor geralmente cobrado dos pacientes com seguro de emergência ou outros cuidados médicos necessários. Traduções de nossa Política de assistência financeira, Resumo da política de assistência financeira e Solicitação estão disponíveis para determinados grupos com proficiência limitada em inglês.

## Como posso solicitar assistência financeira?

Para tornar mais fácil a solicitação de assistência financeira, a Yale New Haven Health usa um aplicativo para a maioria dos programas de assistência financeira. Para solicitar, siga as etapas abaixo.

### Etapa 1: preencha a solicitação.

Responda a todas as perguntas e assine e date a solicitação. Se a pergunta não se aplicar à sua família, escreva "N/A" (não aplicável) no espaço fornecido.

**Etapa 2: anexe comprovante de renda** à sua solicitação. Comprovante de renda é um documento que mostra quanto sua família ganha no momento de preencher a solicitação. Veja a tabela à direita para os tipos de documentos que podem ser usados.

### Etapa 3: envie a solicitação por correio ou visite-nos pessoalmente.

Inclua:

1. A solicitação preenchida, assinada e datada
2. Comprovante de renda

#### Por correio:

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



**Pelo fax:** 203-688-1640



#### Presencialmente:

Visite-nos em qualquer um dos nossos locais abaixo:

##### **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

**Para saber mais, obtenha uma cópia gratuita de nossa Política de assistência financeira ou para obter ajuda no preenchimento de uma solicitação**



#### Por telefone:

855-547-4584  
Segunda a sexta-feira,  
das 7:30 a.m. às 5:00 p.m.



#### Online:

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

## Os seguintes documentos podem ser usados como comprovante de renda:

Se a renda da sua família for de ...	Você pode anexar cópias desses documentos como prova de renda: (Esses documentos não devem ter mais de seis meses, exceto para sua declaração de imposto federal mais recente, que pode ser mais antiga.)
<b>Pagamentos</b> (Se você ganha um salário ou é pago por hora por um trabalho)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dois (2) dos recibos de pagamento mais recentes, <b>OU</b></li> <li>– Uma carta de seu empregador em papel timbrado da empresa informando quantas horas você trabalha e quanto você ganha por hora (antes dos impostos)</li> </ul>
<b>Renda de autônomo</b> (Se você trabalha por conta própria)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Declaração de imposto de renda federal mais recente</li> </ul>
<b>Benefícios</b> (Seguro Social, Veterano, Remuneração do trabalhador, Desemprego, Pensões, Fundos de aposentadoria, SSI, pensão alimentícia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Carta de concessão de benefícios mais recente, <b>OU</b></li> <li>– Declaração de benefícios, <b>OU</b></li> <li>– Canhotos de cheques</li> </ul>
<b>Rendimento de aluguel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cópia do aluguel ou contrato escrito mostrando o valor do aluguel, <b>OU</b></li> <li>– Uma carta escrita por você, indicando o valor do aluguel que você recebe por ano</li> </ul>
<b>Pagamentos de juros, dividendos ou anuidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Declaração de imposto de renda federal mais recente, <b>OU</b></li> <li>– Declaração da instituição financeira informando o valor e a frequência dos pagamentos e o valor pago no acumulado do ano</li> </ul>
<b>Se você não tem renda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Uma carta da pessoa que lhe dá suporte financeiro, <b>OU</b></li> <li>– Se você não tem uma pessoa para lhe dar suporte financeiro, envie uma carta assinada e datada explicando sua situação financeira atual</li> </ul>

## Solicitação de programas de assistência financeira

O Yale New Haven Health usa um aplicativo para a maioria dos programas de assistência financeira. Preenchendo este formulário, você será considerado para nossos programas de Assistência gratuita, Assistência com desconto, Escala móvel e Fundo para leitos. Para obter instruções sobre como solicitar assistência financeira, consulte a página 2. Se você tiver alguma dúvida sobre este aplicativo, ligue para nós pelo 855-547-4584.



### 1. Informações do(a) paciente:

_____		_____	
Sobrenome	Nome		
_____		_____	
Endereço		Data de nascimento	
_____		_____	
Cidade	Estado	Código postal	Número de telefone
_____		_____	
		Número do prontuário médico (se disponível)	

### 2. Informações da família:

liste seu cônjuge e/ou filhos dependentes que moram em sua casa. Não inclua parceiros não casados. Se for necessário mais espaço, anexe um documento separado.

Nome do membro da família	Relação com o(a) solicitante	Data de nascimento

### 3. Informações de renda:

**Inclua informações sobre todas as fontes de renda para você e seu cônjuge. As informações de renda para você e seu cônjuge devem ser fornecidas.** As fontes de renda podem incluir, mas não estão limitadas a: ordenados/salários, pensão alimentícia, previdência social, desemprego, renda de aluguel, remuneração do trabalhador e pensão alimentícia. Se você não tem renda, anexe uma carta de apoio à sua solicitação. (Veja as instruções da Página 2)

Nome do membro da família	Fonte de renda	Valor ganho antes dos impostos	Desempregado/ Sem renda
		US\$ _____ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por quinzena <input type="checkbox"/> Por mês	<input type="checkbox"/>
		US\$ _____ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por quinzena <input type="checkbox"/> Por mês	<input type="checkbox"/>
		US\$ _____ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por quinzena <input type="checkbox"/> Por mês	<input type="checkbox"/>

#### 4. Seguro de vida:

Você está coberto por alguma apólice de seguro saúde, incluindo Medicare ou Medicaid, ou cobertura de um país estrangeiro?

SIM  NÃO

Se **sim**, anexe uma cópia da frente e do verso do seu cartão de seguro a esta solicitação ou digite o seguinte:

Titular da apólice:	Seguradora:	Nº da apólice:
Titular da apólice:	Seguradora:	Nº da apólice:

#### 5. Leia atentamente antes de assinar:

Ao assinar abaixo, certifico que tudo o que declarei neste formulário e em todos os anexos é verdadeiro.

- Eu entendo que qualquer informação incorreta, incompleta ou falsa neste formulário pode resultar na rejeição da minha solicitação de assistência financeira.
- Dou permissão ao Yale New Haven Health para verificar toda e qualquer informação.
- Dou permissão ao Yale New Haven Health para solicitar meu relatório de crédito.
- Concordo em reembolsar o valor total da minha concessão de assistência financeira se receber pagamento de qualquer espécie, incluindo prêmios de uma ação judicial, pelos serviços cobertos por esta solicitação.
- Eu concordo em informar ao Yale New Haven Health sobre quaisquer mudanças que possam mudar minha elegibilidade para assistência financeira.
- Eu entendo que em conexão com a minha solicitação de assistência financeira, o Yale New Haven Health pode precisar divulgar informações de saúde protegidas (conforme o termo está definido na Regra de Privacidade da HIPAA, 42 CFR partes 160 a 164) sobre mim para determinar minha elegibilidade.
- Eu entendo que tal divulgação será para fins de pagamento, conforme definido na Regra de Privacidade da HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) solicitante ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma do(a) solicitante ou responsável legal

**Lembre-se de incluir o comprovante de renda ou uma carta de apoio à solicitação de assistência financeira.**

**Envie as solicitações preenchidas por correio para:**

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