

# Navegación de Asistencia Financiera para el HUSKY y YNHH

Esta herramienta va a ayudarle en determinar si califica para la solicitud HUSKY, o para la Asistencia Financiera de Yale-New Haven Hospital.

Para cada pregunta, haga clic en su respuesta y estará navegado a la proxima pregunta. La herramienta tomará menos de 10 minutos para completar.



**Primero, vamos a determinar si usted califica para HUSKY, el programa de seguro médico público del estado de Connecticut.**

Incluso si usted no califica para HUSKY, pudiera calificar para el programa de asistencia financiera de Yale-New Haven Hospital.





¿Tiene menos de 12 años?\*

**Sí**


**No**





**¿Cuántos miembros hay en  
su familia?**





**Usted es elegible para solicitar HUSKY,  
independientemente de su estado migratorio.**



**Continue**



¿Está embarazada actualmente?

Sí

No



# ¿Es ciudadano de los Estados Unidos?

**Nota: Sus respuestas a estas preguntas no se guardarán en ningún lugar en este sitio web.**

Sí

No



¿Es refugiado o asilado?

Sí

No







¿Es residente permanente, y ha vivido en los Estados Unidos por más de 5 años?

Sí

No






¿Es recipiente de DACA, La Acción Diferida  
para los Llegados en la Infancia?

Sí

No






# Desafortunadamente, usted no califica para solicitar HUSKY.

Desde el sitio web de Access Health: [haga clic aquí](#)

- Tratamiento urgente cobrado por el programa de emergencias de Medicaid, que solamente puede obtener llamando al Centro de Beneficio del DSS en 1-855-626-6632.
- Personas con estatus de DACA pueden comprar seguro médico de costo completo fuera de Access Health CT o a través de su empleador.



Continuar con elegibilidad de YNHH




Si tiene estatus migratorio diferente, por favor visite este sitio web para determinar si puede calificar para solicitar HUSKY.

**Link to AccessHealthCT website (haga clic en “español arriba para accederlo en español):**

**<https://www.accesshealthct.com/immigration-status/>**



Continuar con elegibilidad de YNHH



Verifique que sus ingresos son elegibles para solicitar HUSKY en este [enlace](#). Si sus ingresos caen debajo del umbral, usted es eligible.

Mis ingresos caen debajo del umbral para el tamaño de mi familia.

**Yo califico para solicitar HUSKY.**

Mis ingresos **no** caen debajo del umbral para el tamaño de familia.

**No califico para la aplicación.**





Usted califica para solicitar HUSKY.

Por favor, haga clic en este [sitio web](#) para visitar AccessHealthCT, el sitio web con la solicitud para HUSKY.

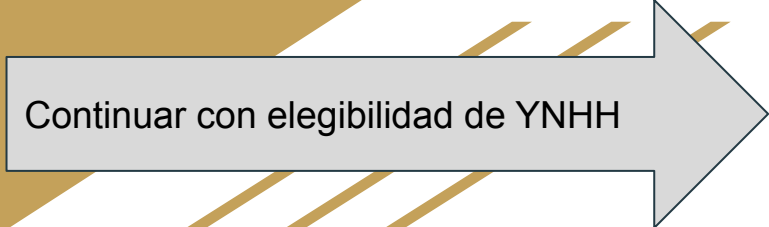


Continuar con elegibilidad de YNHH



**Independientemente de si califica para HUSKY, pudiera calificar para Asistencia Financiera de Yale-New Haven Hospital.**

Haga clic en la flecha para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera.



Continuar con elegibilidad de YNHH

Esta empleado actualmente? (si actualmente tiene trabajos ocasionales/vive de los ahorros, por favor seleccione “no.”)

Sí

No





# ¿Cómo le pagan?

Dinero  
(En efectivo)

Cheques de pago



¿Tiene acceso a sus dos talones de pagos más recientes?

Sí

No

¡Considerando que está desempleado, cómo accede alimentos y vivienda — sus recursos básicos?


Ahorros o trabajos  
ocasionales

Soporte de la comunidad y  
familia (como  
organizaciones locales)

¿Se siente cómodo pidiéndole a su empleador que escriba una carta de apoyo en su nombre?

Sí


No



Como parte de su solicitud para Asistencia Financiera de YNHH, debe entregar sus dos talones de pago más recientes. Necesitan estar fechados dentro de los últimos seis meses.



Continuar




Dado que puede estar en una situación o circunstancia financiera única, por favor programe una cita con nuestro departamento de Consejería de Seguros y Deudas Médicas de HAVEN Free Clinic para que le pudiéramos ayudar a solicitar la asistencia financiera de YNHH.

Por favor llama a HAVEN al (203) 200-0673 para programar su cita con los servicios de pacientes.



Continuar



Se siente cómodo pidiéndole a un miembro de su familia/amigo/organización de la comunidad para escribirle una carta de apoyo en su nombre?

Sí

No



## Parte de su solicitud requiere entregar de una carta de apoyo de su empleado.

### Ejemplo (no es un verdadero paciente de la clínica):

06/27/2023

Hola, mi nombre es Ana Martínez. Como parte de mi negocio de pintura, le pago a Juan Rodríguez \$500 cada semana. Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo al (123) 456-7890.

Atentamente,



Ana Martínez

Su carta de apoyo debe incluir:

- La fecha
- El nombre de su empleado
- Su nombre
- Su cantidad de pago
- Tipo de trabajo realizado
- El número de teléfono de su empleado
- La firma de su empleado

Continuar





Parte de su aplicación requiere entregar una carta de apoyo de su familia/amigo/partidario.

Ejemplo (no es un verdadero paciente de la clínica):

27/06/2023

Hola, mi nombre es Ana Martínez. Le doy a mi hermano Juan Rodríguez \$500 cada semana para pagar comida y alojamiento, pero no puedo ayudarlo con sus facturas médicas. Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo al (123) 456-7890.

Atentamente,



Ana Martínez

Su carta de apoyo debe incluir:

- La fecha
- El nombre de su partidario
- Su nombre
- Su relación con la persona
- Que la persona le ayuda a usted a pagar para “alimentos y alojamiento” pero no pueden pagar las facturas médicas
- El número de teléfono de su partidario
- La firma de su empleado

Continuar



¿Está casada legalmente? Si está, evidencia de su ingreso es necesario de los dos — **usted y su cónyuge**. Por favor haga clic en “Sí” para completar estas preguntas una vez más para determinar la prueba de ingresos requerida para su cónyuge.

Si ya ha chequeado la elegibilidad de su cónyuge, o si no está casada legalmente, seleccione “no” para continuar.

Sí

No

Las columnas blancas son para pacientes asegurados, y las azules son para pacientes sin seguro médico, y expliquen su elegibilidad para billetes con descuento o servicios gratuitos de YNHH, basado en los ingresos y la tasa de su familia.

Financial Assistance Program Type	Free Care	Sliding Scale A	Sliding Scale B	Sliding Scale C	Discounted Care
	For Insured or Uninsured Patients	For Insured Patients	For Insured Patients	For Insured Patients	For Uninsured Patients
	100% discount	35% discount	25% discount	15% discount	70% discount
	0% - 250% FPL*	251% - 350% FPL	351% - 450% FPL	451% - 550% FPL	251 - 550% FPL
Family size	Annual income				
1	\$0 - \$36,450	\$36,451 - \$51,030	\$51,031 - \$65,610	\$65,611 - \$80,190	\$36,451 - \$80,190
2	\$0 - \$49,300	\$49,301 - \$69,020	\$69,021 - \$88,740	\$88,741 - \$108,460	\$49,301 - \$108,460
3	\$0 - \$62,150	\$62,151 - \$87,010	\$87,011 - \$111,870	\$111,871 - \$136,730	\$62,151 - \$136,730
4	\$0 - \$75,000	\$75,001 - \$105,000	\$105,001 - \$135,000	\$135,001 - \$165,000	\$75,001 - \$165,000
5	\$0 - \$87,850	\$87,851 - \$122,990	\$122,991 - \$158,130	\$158,131 - \$193,270	\$87,851 - \$193,270
6	\$0 - \$100,700	\$100,701 - \$140,980	\$140,981 - \$181,260	\$181,261 - \$221,540	\$100,701 - \$221,540

\* FPL = Federal Poverty Level



Haga clic para descargar la solicitud de asistencia financiera  
de YNHH

Español - [Link](#)

Inglés - [Link](#)

YNHH FA Website [Link](#)

Haga clic en “Continuar” para entender cada sección de la  
solicitud a medida que la llena.



Continuar

# Ejemplo de la Sección de la Información Personal

## 1. Información del paciente:

Rodriguez	Juan	
Apellido	Nombre	
123 Main St		
Dirección		
New Haven	CT	06511
Ciudad	Estado	Código postal

1/1/2000
Fecha de nacimiento
(123)456-7890
Teléfono

Número de expediente médico (si tiene)

***Este ejemplo no es de un paciente real de HAVEN.***

Esta sección se puede dejar en blanco.

Continuar



## Sección de Información del Hogar.

En esta sección, agregue:

- Su cónyuge legal y sus hijos dependientes que viven en la vivienda (custodia parcial o total)

Para circunstancias específicas, contacte la clínica gratuita de HAVEN para consultar con el departamento de consejería de las deudas médicas en una cita llamando al (203)200-0673.



Continuar

# Ejemplo de la sección de información de la vivienda.

*Este ejemplo no es de un paciente real de HAVEN.*

- 2. Información de la familia:** Mencione a su cónyuge o a sus hijos dependientes que vivan en su casa. No incluya parejas de hecho. Si necesita más espacio, adjunte un documento por separado.

Nombre del familiar	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento
Maria Rodriguez	Spouse	1/2/2001
Paulina Rodriguez	Child	1/3/2020
Robert Rodriguez	Child	1/4/2023

En este ejemplo, Juan está legalmente casado con su esposa María y sus dos hijos viven en la casa con él. Si Juan y María no están legalmente casados, María no debe figurar en la solicitud. Si Paulina y Robert no viven en la misma casa que Juan, entonces no deberían figurar en la solicitud.

Continuar



## La Sección de los Ingresos

- Enumere usted y su cónyuge legal
- Enumere su fuente de ingreso y los ingresos estimados con su frecuencia de pagamento



Continuar



# Ejemplo de la sección de los ingresos

## 3. Información sobre ingresos:

**Incluya información sobre todas sus fuentes de ingresos y las de su cónyuge. Debe presentar información sobre sus ingresos y los de su cónyuge.** Las fuentes de ingresos pueden incluir, entre otras, sueldos/salarios, pensión alimentaria, Seguro Social, seguro de desempleo, ingresos por alquiler, indemnización por accidentes laborales y manutención infantil. Si no tiene ingresos, adjunte una carta de manutención a su solicitud (consulte las instrucciones de la página 2).

Nombre del familiar	Fuente de ingresos	Cantidad que recibe antes de impuestos	Desempleado/ Sin ingresos
Juan Rodriguez	Pay stubs	\$ 300 <input checked="" type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/>
Maria Rodriguez	Cleaning	\$ 400 <input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/>

**Este ejemplo no es de un paciente real de HAVEN.**

A Juan le pagan en cheques de pago en su empresa. Presentará sus dos talones de pago más recientes como prueba de ingresos.

A María le pagan en efectivo por limpiar casas. Presentará una carta de su empleador como prueba de ingresos.

Continuar



## Sección de Verificación del Seguro Médico

Si está cubierto de cualquier programa de seguro médico (como HUSKY o Medicare) por favor, indíquelo aquí. Si no es el caso, marque “no.”



Continuar

# Ejemplo de la Sección de Seguros

## 4. Seguro médico:

¿Tiene cobertura de alguna póliza de seguro médico, incluyendo Medicare o Medicaid, o una cobertura de un país extranjero?  SÍ  NO

Si la respuesta es "Sí", adjunte a esta solicitud una copia de ambos lados de su tarjeta del seguro o escriba esta información:

<b>Titular de la póliza:</b>	<b>Compañía aseguradora:</b>	<b>N.º de póliza:</b>
<b>Titular de la póliza:</b>	<b>Compañía aseguradora:</b>	<b>N.º de póliza:</b>

Juan no tiene seguro médico, por lo que seleccionó "no".  
Si ya está inscrito en HUSKY (Medicaid), debe seleccionar "sí".

Continuar 

# ¡Cláusulas y Firma!

## Sign the application form.

### 5. Lea atentamente antes de firmar:

Firmando abajo, certifico que toda la información que he indicado y adjuntado a esta solicitud es verdadera.

- Entiendo que cualquier información errónea, incompleta o falsa en este formulario podría dar lugar a la denegación de mi solicitud de ayuda financiera.
- Autorizo a Yale New Haven Health a verificar toda la información.
- Autorizo a Yale New Haven Health a pedir mi informe crediticio.
- Acepto devolver la cantidad total de ayuda financiera que se me otorgue si recibo algún tipo de pago, incluyendo indemnizaciones por demandas judiciales, en relación con los servicios cubiertos por esta solicitud.
- Acepto informar a Yale New Haven Health de cualquier cambio que pudiera modificar mi elegibilidad para recibir ayuda financiera.
- Entiendo que, en relación con mi solicitud de ayuda financiera, es posible que Yale New Haven Health deba revelar mi información médica protegida (según la definición de ese término en la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA], partes 160 a 164 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]) para poder determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que dicha revelación se hará por motivos de pago, según se define en la Norma de Privacidad de la HIPAA.



Firma del solicitante o del tutor legal


Juan Rodriguez

Nombre en letra de imprenta del solicitante o del tutor legal

6/27/2023

Fecha

***Este ejemplo no es de un paciente real de HAVEN.***



Para entregar la solicitud, escanee el formulario de solicitud firmado y también el comprobante de sus ingresos (carta o cheques de pago) de usted y su cónyuge legal.

Puede entregar la aplicación por fax o por correo directamente al Hospital de Yale-New Haven, o también puede hacer una cita con el departamento HAVEN MDIC para revisar su aplicación y entregarla en su nombre. Hable al (203)200-0673 para conectarse con nosotros y programar una cita.

