

طلب المساعدة المالية الموحد من المستشفيات في ولاية نيويورك

قد تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية من المستشفيات لدفع فواتيرك إذا كان غير مؤمن عليك، أو إذا تم استنفاد تأمينك، أو إذا كان لديك تأمين صحي ولكن بحوزتك دليل على أن إجمالي النفقات الطبية المدفوعة تتجاوز 10% من دخلك. سيؤدي إكمال هذا النموذج إلى بدء طلب حصولك على المساعدة المالية من المستشفى. يتم استخدام هذا النموذج من قبل كل المستشفيات الموجودة في ولاية نيويورك.

يجب طباعة هذا الطلب باللغات¹ الأساسية التي يتحدث بها المرضى الذين تخدمهم المستشفى.

اسم المريض (اكم المعلومات التي تطبق عليك)

اسم المريض (الاسم الأول، الأوسط، الأخير)		
تاريخ الميلاد (سنة/ يوم/ شهر)		
رقم الشقة/ الوحدة	العنوان	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
رقم هاتف طرف الاتصال		
اسم الوالد(ة)/ ولد(ة) الأم أو الممثل القانوني (إذا كان المريض طفلاً قاصراً أو بالغاً فاقد الأهلية)		
عنوان البريد الإلكتروني (إن وجد)		

معلومات الأسرة:

يرجى ذكر كل أفراد الأسرة في منزلك أدناه: تشمل أسرتك على كل منك، وزوجك أو شريك حياتك، وأي أطفال أو أشخاص آخرين معالين. على سبيل المثال، سيتضمن هذا كل شخص مدرج في الإقرار الضريبي ذاته.

الدخل الإجمالي يعني دخلك قبل اقتطاع الضرائب.

يمكن أن يتكون الدخل الإجمالي من أرباح العمل (الأجور والرواتب والإكراميات والأرباح الواردة من العمل الحر)، والدخل غير المكتسب (استحقاقات الضمان الاجتماعي، والإعالة، والبطالة)، والإسهامات (الأموال من أفراد الأسرة أو الأصدقاء)، ومصادر الدخل الأخرى (المساعدة المؤقتة ودخل الضمان الاجتماعي التكميلي).

الاسم بالكامل	صلة القرابة	مجموع الدخل الإجمالي (الحالي)
	الذات	

قد يطلب منك المستشفى وثائق تثبت الدخل، ومن هذه الوثائق، على سبيل المثال، قسيمة راتب، أو خطاب من جهة العمل التابع لها إن أمكن، أو نموذج 1040.

¹ تتضمن "اللغات الأساسية" أي لغة مستخدمة للتواصل في 95% على الأقل من زيارات المرضى سنوياً، أو أي لغة يتحدث بها ما يزيد على 1% من الموجودين في منطقة خدمات المستشفى الأساسية بعد حسابها باستخدام المعلومات الديموغرافية المتاحة من مكتب الولايات المتحدة للتلعيم (United States Bureau of the Census)، والتي تستكمم بالبيانات الواردة من الأنظمة المدرسية.

حالة التأمين الصحي

هل لديك أي نموذج تأمين صحي، بما يشمل برنامج Medicare أو Medicaid أو تأمين خاص من خلال جهة العمل التابع لها أو قمت بشرائه بنفسك؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "لا"، فهل ترغب في المساعدة في تقديم طلب الاشتراك في أي من هذه البرامج؟

نعم لا

المرضى المؤمن عليهم تأميناً غير كافٍ: الأشخاص الذين لديهم تأمين ونفقاتهم الطبية مرتفعة. إذا كان لديك تأمين، فيرجى إدخال تقدير للفواتير الطبية التي دفعتها في آخر 12 شهراً.

\$

قد يطلب منك المستشفى وثائق تثبت النفقات الطبية المدفوعة.

المريض/ الطرف المسؤول: إذا لم تكن المريض، فاذكر اسم الشخص الذي يوقع على النموذج وسلطته للتوقيع نيابةً عن المريض (على سبيل المثال، زوج(ة) أو ولد(ة) أمر أو ممثل(ة) قانوني).

أدرك أن المعلومات التي أقدمها قد تكون خاضعة للتحقق من مصادر خارجية. أقر بأن المعلومات صحيحة وكاملة على حد علمي.

التاريخ	اكتب الاسم بأحرف واضحة
	صلة القرابة بالمريض
	التوقيع

الحد الأدنى للأهلية والإرشادات

الجدول الزمني للطلب، وحقوق المريض، والسرية

- يمكنك طلب الحصول على المساعدة المالية في أي مرحلة من مراحل عملية التحصيل.
- لا يتغير عليك دفع أي مبالغ إلى هذا المستشفى حتى تلقي قراراً بشأن طلبك للمساعدة المالية. يتغير لا ترسل المستشفيات الحسابات إلى عملية التحصيل خلال فترة تعلق طلبك.
- إذا تم رفض طلب بالحصول على المساعدة المالية، فيتحقق لك الطعن على ذلك القرار. سيتم تضمين أي معلومات بشأن كيفية إجراء الطعن في اخطار المستشفى الذي تلقاه. قد يتحقق لك الطعن على مبلغ المساعدة المالية المخصصة لك. سيدرج المستشفى معلومات بشأن طريقة الطعن في خطاب القرارات الصادر منه.
- لا يمكن للمستشفيات إرسال الفواتير غير المدفوعة إلى وكالة التحصيل لمدة 180 يوماً على الأقل من تاريخ أول فاتورة لك.
- يحظر على المستشفيات اتخاذ أي إجراء قانوني، بما يشمل رفع الدعاوى القضائية لاسترداد قيمة الفواتير الطبية غير المدفوعة للمرضى الذين يندرج دخلهم تحت 400% من مستوى الفقر الفيدرالي. يمكن العثور على إرشادات بشأن مستوى الفقر هنا:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- لن يتم استخدام أي معلومات مقدمة في هذا الطلب إلا من خلال المستشفى لتحديد أهليتك للحصول على المساعدة المالية وستظل هذه المعلومات سرية إلى الحد المسموح به حسب القانون.
- لا يمكن لأي مستشفى أن يحرمك من الخدمات الضرورية طبياً لأن لديك فاتورة طبية مستحقة.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئة هذا الطلب، فيرجى التواصل مع مكتب المساعدة المالية في مستشفى (Catholic Health على الرقم (3600-601-7116).
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في تعبئة هذا الطلب أو مساعدة بشأن الطعن على قرار ما، فيمكنك التواصل مع Community Health Advocates على الرقم: .888-614-5400

الأهلية

لا شيء يحد من قدرة المستشفى على إثبات أهلية المريض من أجل تطبيق خصومات سداد على مستويات الدخل الأعلى من تلك المستويات المذكورة أدناه، وتقدم خصومات سداد للمرضى المؤهلين أكبر من تلك الخصومات المنصوص عليها بموجب قانون الصحة العامة. وعلاوة على ذلك، لن تكون حالة الهجرة معياراً للأهلية بغض النظر عن اتخاذ قرار المساعدة المالية.

الأفراد التالي ذكرهم مؤهلون:

- الأفراد ذوو الدخل المنخفض الذين لا يمتلكون تأميناً صحيحاً؛ أو
- الأفراد المؤمن عليهم تأميناً غير كافٍ (التكليف الطبية الإضافية المتراكمة في آخر اثنى عشر شهراً والتي تصل إلى عشرة بالمائة من إجمالي الدخل السنوي للفرد)؛ أو
- الأفراد الذين استفادوا من استحقاقات تأمينهم الصحي ويستطيعون إثبات عدم قدرتهم على دفع الرسوم بالكامل؛ أو
- إن الأفراد الذين يستطيعون، حسب تقدير المستشفى، إثبات عدم قدرتهم على دفع حصتهم من الرسوم المشتركة و/أو الجزء القابل للخصم، يمكنهم طلب تخفيض المبالغ المدفوعة أو الاقتراض منها.

يُعد الأفراد الذين يصلون إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي مؤهلين لتأليق المساعدة المالية.

مستويات الفقر الفيدرالية			
%400	%300	%200	حجم الأسرة
63,840\$	47,880\$	30,920\$	شخص واحد
86,560\$	64,920\$	43,280\$	شخصان
109,280\$	81,960\$	54,640\$	3 أشخاص
132,000\$	99,000\$	66,000\$	4 أشخاص
154,720\$	116,040\$	77,360\$	5 أشخاص
177,440\$	133,080\$	88,720\$	6 أشخاص
200,160\$	150,120\$	100,080\$	7 أشخاص

يتم التحديث سنويًا: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

الحد الأدنى لأسعار الخصم

إذا كنت مؤهلاً للمساعدة المالية، فسيتم تخفيض رسومك وفقاً لدخلك على مقاييس رسوم متدرج على النحو التالي:

مستوى الدخل	المدفوعات
أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي	الإعفاء من كل الرسوم المرضى غير المؤمن عليهم: مقاييس متدرج يصل إلى 10% من المبلغ الذي كان سيُدفع مقابل الخدمة (الخدمات) المقدمة من برنامج Medicaid.
200% - 300% من مستوى الفقر الفيدرالي	المرضى المؤمن عليهم تأميناً غير كافٍ: ما يصل بحد أقصى إلى 10% من المبلغ الذي كان سيُدفع وفقاً لمساهمة المريض في تقاسم تكاليف التأمين الخاص به.
301% - 400% من مستوى الفقر الفيدرالي	المرضى غير المؤمن عليهم: مقاييس متدرج يصل إلى 20% من المبلغ الذي كان سيُدفع مقابل الخدمة (الخدمات) المقدمة من برنامج Medicaid.

قد يختار المستشفى تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين و/ أو توفير خصومات سداد للمرضى ذوي مستويات الدخل الأعلى.

خطط التقسيط

تتوفر خطط تقسيط للمرضى غير القادرين على دفع السعر المخفض بأكمله في مرة واحدة. لا يمكن أن تتجاوز الأقساط الشهرية 5% من إجمالي دخلك الشهري وينبغي ألا يتجاوز سعر الفائدة المفروضة على الرصيد غير المدفوع من المريض، إن وجد، معدل 2%.

طلب إثبات دخل الأسرة

يرجى إدراج معلومات الدخل الخاصة بالمريض، والزوج(ة)، وأي أفراد معالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، سيتضمن هذا كل شخص مدرج في الإقرار الضريبي ذاته (مقدم الإقرار، والزوج(ة)، والمعالين ضريبيًّا) في عملية حساب دخل الأسرة.

فيما يلي قائمة بالمستندات التي يمكنك استخدامها لإثبات دخلك. لا يتغير عليك تقديم كل هذه المستندات. يمكنك أيضًا تقديم بيان بعدم وجود دخل أسرة إذا لم يكن لك دخل.

يمكنك أيضًا تقديم صفحة تحديد الأهلية من منصة NY State of Health. إذا كان لديك هذا المستند، فلا يتغير عليك تقديم أي معلومات دخل أخرى مدرجة أدناه إلى المستشفى.

يمكن لمقدم الطلب تقديم:	المبلغ شهريًّا:	إذا كانت الأسرة تتلقى:
يرجى تقديم كعب شيك راتب واحد أو خطاب من جهة العمل مكتوب على أوراق تحمل الترويسة الرسمية للشركة، وموثقة وموزرخة، أو أحدث إقرار ضريبي مقدم بشأن الدخل.	\$	الأجر
نسخة من خطاب/شهادة تخصيص منحة أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (U.S. Social Security Administration)، أو خطاب استحقاقات سنوي. لطلب نسخة من خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي الخاص بك، اتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني www.ssa.gov	\$	مبلغ الضمان الاجتماعي
نسخة من خطاب/شهادة تخصيص منحة أو بيان استحقاقات شهري من إدارة العمل بولاية نيويورك (NYS Department of Labor)، أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع نسخة مطبوعة أو مراسلات من إدارة العمل بولاية نيويork، أو نسخة مطبوعة من معلومات حساب المستلم من الموقع الإلكتروني لإدارة العمل بولاية نيويورك (www.labor.state.ny.us).	\$	تعويضات البطالة
نسخة من خطاب/شهادة تخصيص منحة أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي، أو خطاب استحقاقات سنوي. لطلب نسخة من خطاب الاستحقاقات الخاص بك، اتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني www.ssa.gov .	\$	استحقاقات العجز:
نسخة من خطاب تخصيص منحة أو كعب شيك.	\$	تعويضات العمال
نسخة من أمر محكمة أو 3 أشهر من شيكات/ إيصالات مصروفة.	\$	النفقة/إعالة الأطفال
بيان بالعواائد ربع السنوية أو بيان شهري واحد.	\$	العواائد/الفائدة
خطاب يوضح مبلغ الأرباح غير المتعلقة بالأجور (إن وجد)، مثل دخل الإيجار، والنقد مقابل الأعمال البسيطة، وغير ذلك.	\$	غير ذلك
بيان موقّع يفيد بعدم وجود دخل.	0\$	لا يوجد دخل