

طلب المساعدة المالية الموحد للمستشفيات في ولاية نيويورك

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من المستشفى لدفع فواتيرك إذا كنت غير مؤمن، أو إذا استنفدت تأمينك، أو إذا كان لديك تأمين صحي ولكن لديك دليل على نفقات طبية مدفوعة تتجاوز 10% من دخلك. إكمال هذا النموذج سيبدأ طلبك للحصول على المساعدة المالية من المستشفى. يُستخدم هذا النموذج في جميع مستشفيات ولاية نيويورك. يمكن لمستشفى الجراحة الخاصة

أيضاً استخدام هذا النموذج في نيوجيرسي وكونيكتيكت وفلوريدا

يجب طباعة هذا الطلب باللغات الأساسية التي يتحدث بها المرضى الذين يخدمهم المستشفى.

اسم المريض (أكمل المعلومات التي تنطبق)

اسم المريض (الأول، الأوسط، الأخير)		
تاريخ الميلاد (لشهر/اليوم/السنة)		
رقم الشقة/الوحدة		العنوان
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
رقم هاتف الاتصال		
اسم الوالد/الوصي أو الممثل القانوني (إذا كان المريض طفلاً قاصراً أو بالغاً عاجزاً)		
عنوان البريد الإلكتروني (إن وجد)		

معلومات الأسرة:

يرجى إدراج جميع أفراد الأسرة في منزلك أدها. تشمل أسرته نفسك وزوجك أو شريكك المنزلي وأي أطفال أو معالين آخرين. على سبيل المثال، يشمل ذلك جميع الأشخاص المدرجين في نفس الإقرار الضريبي.

الدخل الإجمالي يعني دخلك قبل خصم الضرائب.

يمكن أن يتكون الدخل الإجمالي من أرباح العمل (الأجور، الرواتب، الإكراميات، أرباح العمل الحر)، الدخل غير المكتسب (الضمان الاجتماعي، إعانات العجز، إعانات البطالة)، المساهمات (الأموال من العائلة أو الأصدقاء)، ومصادر دخل أخرى (المساعدة المؤقتة والدخل الأمني الإضافي)

¹ "اللغات الأساسية" تشمل أي لغة يتم استخدامها للتواصل في ما لا يقل عن 5% من زيارات المرضى سنوياً، أو أي لغة يتحدث بها أكثر من 1% من سكان المنطقة الأساسية التي يخدمها المستشفى، وفقاً للبيانات الديموغرافية المتاحة من مكتب تعداد الولايات المتحدة، بالإضافة إلى بيانات أنظمة المدارس.

طلب المساعدة المالية الموحد للمستشفيات في ولاية نيويورك
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

الاسم الكامل	العلاقة	جمالي الدخل الإجمالي (الحالي)
	نفسه	

قد يطلب منك المستشفى تقديم مستندات كدليل على الدخل؛ تشمل أمثلة هذه المستندات ما يلي: سيدة راتب، خطاب من صاحب العمل (إذا كان ذلك ينطبق عليك)، أو نموذج الضرائب 1040.

حالة التأمين الصحي

هل لديك أي شكل من أشكال التأمين الصحي، بما في ذلك Medicaid أو Medicare أو التأمين الخاص من خلال صاحب العمل أو المشتري بنفسك؟

☐ نعم ☐ لا

إذا أجبت "لا"، هل ترغب في المساعدة في التقدم لأي من هذه البرامج؟

☐ نعم ☐ لا

المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كاف: هم الأشخاص الذين لديهم تأمين صحي ولكن تواجههم نفقات طبية مرتفعة. إذا كان لديك تأمين، يرجى تقديم تقدير للفواتير الطبية التي دفعتها خلال الـ 12 شهرًا الماضية.

\$

قد يطلب المستشفى منك تقديم وثائق كدليل على النفقات الطبية المدفوعة.

المرضى/الطرف المسؤول: إذا لم يكن المريض، اذكر اسم الشخص الذي يوقع النموذج وصلاحيته للتوقيع نيابة عن المريض (مثل الزوج، الوالد، الممثل القانوني).

أتفهم أن المعلومات التي أقدمها قد تخضع للتحقق من مصادر خارجية. أشهد أن المعلومات صحيحة وكاملة حسب علمي.

(Print Name) (Time) (Date) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))
(التوقيع) (الوقت) (الاسم مطبوعاً)

علاقة القرابة إذا كنت شخص آخر غير المريض
(Relationship if other than patient)

الحد الأدنى لمعايير الأهلية والإرشادات (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

الجدول الزمني للتقديم، حقوق المريض، والسرية

- يمكنك التقدم للحصول على المساعدة المالية في أي وقت خلال عملية التحصيل.
- لا يتعين عليك دفع أي مبلغ لهذا المستشفى حتى تتلقى قرارًا بشأن طلبك للمساعدة المالية. لا يجوز للمستشفيات إرسال الحسابات إلى التحصيل أثناء انتظار طلبك.
- إذا تم رفض مساعدتك المالية، يحق لك الاستئناف. سندرج معلومات حول كيفية القيام بذلك في الإشعار الذي تتلقاه من المستشفى. قد يكون لديك الحق في الاستئناف بشأن مبلغ المساعدة المالية المقدمة لك. سيقوم المستشفى بتضمين معلومات حول كيفية تقديم استئناف في خطاب القرار الخاص بالمساعدة المالية.
- لا يمكن للمستشفيات إرسال الفواتير غير المدفوعة إلى وكالة تحصيل لمدة 180 يومًا على الأقل بعد استلامك أول فاتورة.
- يُحظر على المستشفيات اتخاذ إجراءات قانونية، بما في ذلك رفع الدعاوى، لاسترداد الفواتير الطبية غير المدفوعة للمرضى الذين تقل دخولهم عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي. يمكنك العثور على إرشادات الفقر من خلال الرابط التالي:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- ستستخدم أي معلومات مقدمة في هذا الطلب فقط من قبل المستشفى لتحديد أهليتك للمساعدة المالية وستظل سرية بقدر ما يسمح به القانون.
- لا يمكن للمستشفى رفض تقديم الخدمات الطبية الضرورية لك بسبب وجود فاتورة طبية غير مدفوعة.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة مع هذا الطلب، يرجى الاتصال بمكتب المساعدة المالية في Hospital Ofor Special Surgery على الرقم 212-606-1505.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في استكمال هذا الطلب أو المساعدة في استئناف القرار، يمكنك التواصل مع Community Health Advocates: 888-614-5400.

الأهلية

لا يوجد ما يحد من قدرة المستشفى على تحديد أهلية المرضى للحصول على خصومات على المدفوعات عند مستويات دخل أعلى من تلك المحددة أدناه و/أو تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين مقارنة بالحد الأدنى المطلوب بموجب قانون الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، لن يكون وضع الهجرة معيارًا لتحديد الأهلية عند النظر في تقديم المساعدة المالية.

الأفراد التاليون مؤهلون:

- الأفراد ذوي الدخل المنخفض الذين ليس لديهم تأمين صحي؛ أو
 - الأفراد غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ (أي الذين تراكمت عليهم نفقات طبية شخصية خلال الأشهر الـ 12 الماضية تزيد عن 10% من إجمالي دخلهم السنوي). أو
 - الأفراد الذين استفدوا من مزايا التأمين الصحي الخاص بهم، ويمكنهم إثبات عدم قدرتهم على دفع التكاليف بالكامل؛ أو
 - وفقًا لتقدير المستشفى، يمكن للأفراد الذين يستطيعون إثبات عدم قدرتهم على دفع قيمة المبلغ المقطوع و/أو الدفعة المشتركة طلب تخفيض أو خصم على المدفوعات.
- الأفراد الذين يصل دخلهم إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي مؤهلون للحصول على المساعدة المالية.

الحد الأدنى لمعايير الأهلية والإرشادات
(MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

مستويات الفقر الفيدرالية (2025)			
حجم الأسرة	%200	%300	%400
1 شخص	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 أشخاص	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 أشخاص	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 أشخاص	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 أشخاص	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 أشخاص	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 أشخاص	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

يتم تحديث إرشادات الفقر سنوياً، ويمكنك العثور على أحدث المعلومات من خلال الرابط التالي:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

معدلات الخصم الدنيا

إذا كنت مؤهلاً للمساعدة المالية، ستُخفض رسومك وفقاً لذلك على مقياس رسوم متدرج كالتالي:

الدفع	مستوى الدخل
الإعفاء من جميع الرسوم والإعفاء من جميع الرسوم	أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم مقياس متدرج يصل إلى 10% من المبلغ الذي كان سيدفع للخدمة بواسطة Medicaid. المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ: بحد أقصى 10% من المبلغ الذي كان سيتم دفعه وفقاً لمشاركة المريض في تكاليف التأمين الصحي.	200%-300 من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس متدرج يصل إلى 20% من المبلغ الذي كان سيدفع للخدمة (الخدمات) بواسطة Medicaid. المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ: بحد أقصى 20% من المبلغ الذي كان سيتم دفعه وفقاً لمشاركة المريض في تكاليف التأمين الصحي.	301%-400 من مستوى الفقر الفيدرالي

يجوز للمستشفيات تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين و/أو تقديم خصومات على المدفوعات للمرضى ذوي الدخل الأعلى وفقاً لتقديرها.

خطط الدفع بالتقسيط

توفر خطط الدفع بالتقسيط للمرضى الذين لا يستطيعون دفع المبلغ المخفض دفعة واحدة. لا يجوز أن تتجاوز الدفعات الشهرية 5% من إجمالي دخلك الشهري، كما أن معدل الفائدة على الرصيد غير المدفوع، إن وُجد، لا يجب أن يتجاوز 2%

طلب إثبات دخل الأسرة (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

يرجى تضمين معلومات الدخل للمريض وزوجه وأي معالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، يشمل ذلك جميع الأشخاص في نفس الإقرار الضريبي (لـمُكلف الضريبي، الزوج/الزوجة، المُعالون الضريبيون) في احتساب دخل الأسرة.

فيما يلي قائمة بالمستندات التي يمكنك استخدامها لإثبات الدخل. لست مطالبًا بتقديم جميع هذه المستندات. إذا لم يكن لديك دخل، يمكنك تقديم بيان يفيد بعدم وجود دخل للأسرة.

يمكنك أيضًا تقديم صفحة تحديد الأهلية من سوق التأمين الصحي لولاية نيويورك. إذا كان لديك هذا المستند، فلن تحتاج إلى تقديم أي معلومات دخل أخرى مدرجة أدناه إلى المستشفى.

إذا كانت الأسرة تتلقى:	المبلغ شهريًا:	يمكن لمقدم الطلب تقديم:
الأجر	\$	قسمة راتب واحدة، أو خطاب من صاحب العمل على ورقة رسمية للشركة، موقع ومؤرخ، أو الإقرار الضريبي الأخير المُقدم.
دفعه الضمان الاجتماعي	\$	نسخة من خطاب/شهادة الموافقة أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية أو رسالة الفوائد السنوية. طلب نسخة من خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي، يرجى الاتصال على: 1-800-772-1213، أو زيارة: www.ssa.gov .
تعويض البطالة	\$	نسخة من خطاب/شهادة الموافقة، كشف الفوائد الشهري من وزارة العمل بولاية نيويورك أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع كشف الحساب أو مراسلات من وزارة العمل بولاية نيويورك أو طباعة معلومات حساب المستفيد من موقع وزارة العمل في نيويورك (www.labor.state.ny.us).
دفعه العجز	\$	نسخة من خطاب/شهادة الموافقة، مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي أو نسخة من خطاب الفوائد السنوي. لطلب نسخة من خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي، يرجى الاتصال على: 1-800-772-1213، أو زيارة: www.ssa.gov .
تعويض العمال	\$	نسخة من خطاب/شهادة الموافقة أو قسيمة شيك.
النفقة/دعم الطفل	\$	سنة من أمر المحكمة أو 3 أشهر من الشيكات المصروفة/الإيصالات.
الأرباح/الفوائد	\$	إبانات الأرباح الفصلية أو بيانات شهرية لمدة شهر واحد.
أخرى	\$	خطاب يوضح مقدار الدخل غير الوظيفي (إن وجد) مثل دخل الإيجار أو الأموال النقدية من الأعمال الصغيرة.
لا دخل	0\$	بيان موقع بعدم وجود دخل.

REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME