

# ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ В БОЛЬНИЦЕ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Вы можете рассчитывать на финансовую помощь больницы для оплаты счетов, если вы не застрахованы, если ваша страховка истекла или если у вас есть медицинская страховка, но есть подтверждение оплаченных медицинских расходов, общая сумма которых составляет более 10% от вашего дохода. Заполняя эту форму вы запускаете ваш запрос на финансовую помощь больницы. Эта форма применима для всех больниц в штате Нью-Йорк. HSS может также использовать эту форму в Нью-Джерси, Коннектикуте и Флориде.

*Это заявление должно быть напечатано на основных языках<sup>1</sup>, на которых говорят пациенты, обслуживаемые больницей.*

## Имя пациента (полная применимая информация)

Ф.И.О. пациента		
Дата рождения (день, месяц, год)		
Адрес		№ квартиры/блока
Город	Штат	Почтовый индекс
Контактный номер телефона		
Ф.И.О. родителя / опекуна или законного представителя (если пациент - несовершеннолетний или недееспособный взрослый)		
Адрес электронной почты (если есть)		

## Информация о семье:

Перечислите ниже всех членов вашей семьи. В вашу семью входите вы, ваш супруг или партнер по гражданскому браку, а также дети или другие иждивенцы. Например, к ней могут относиться все, кто указан в одной налоговой декларации.

Валовой доход означает ваш доход **до** вычета налогов.

Валовой доход может состоять из трудовых доходов (зарплаты, окладов, чаевых, доходов от самозанятости), нетрудовых доходов (социального обеспечения, пособий по инвалидности и безработице), взносов (средств от семьи или друзей) и других источников дохода (временной помощи и дополнительного дохода по социальному обеспечению).

---

<sup>1</sup> Под «Основными языками» подразумевается любой язык, который используется для общения не менее чем в 5% посещений пациентов в год, или любой язык, на котором говорит более 1% населения основной зоны обслуживания больницы, что рассчитано на основании демографических данных, имеющихся в Бюро переписи населения США, дополненных данными из школьных систем.

# ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ В БОЛЬНИЦЕ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Полное имя	Степень родства	Общий совокупный доход (текущий)
	Сам	

Больница может попросить вас предоставить документы, подтверждающие ваш доход; примерами документов могут служить расчетный листок, письмо от вашего работодателя (если применимо) или форма 1040.

## Статус медицинского страхования

Есть ли у вас какая-либо форма медицинской страховки, включая Medicaid, Medicare или частная страховка через вашего работодателя или приобретенная самостоятельно?  Да  Нет В случае ответа «Нет», нужна ли вам помощь в подаче заявки на любую из этих программ?  Да  Нет

## Пациенты с недостаточным страхованием: люди со страховкой и высокими расходами на медицинское обслуживание.

Если у вас есть страховка, просим предоставить смету медицинских счетов, которые вы оплатили за последние 12 месяцев.

\$ \_\_\_\_\_

Больница может попросить вас предоставить документацию, подтверждающую оплату медицинских расходов.

## Пациент/Ответственная сторона: Если вы не пациент, укажите имя лица, подписавшего форму, и его право подписи от имени пациента (например, супруг, родитель, законный представитель).

Я понимаю, что предоставленная мной информация может подлежать проверке из внешних источников. Я подтверждаю, что информация является достоверной и полной, насколько мне известно.

\_\_\_\_\_  
 Пациент/Представитель/Родственник/Опекун (Подпись)    Дата    Время    Имя печатными буквами  
 (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))    (Date)    (Time)    (Print Name)

\_\_\_\_\_  
 Укажите связь с пациентом  
 (Relationship if other than patient)

## МИНИМАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ НА ПРАВО ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

### Сроки подачи заявок, права пациентов и конфиденциальность

- Вы можете подать заявку на получение финансовой помощи в любой момент процесса взыскания задолженности.
- Вам не нужно вносить никаких платежей в эту больницу, пока вы не получите решение по вашей заявке на финансовую помощь. Больницы не могут направлять счета в коллекторскую службу, пока ваша заявка находится на рассмотрении.
- Если вам отказано в финансовой помощи, у вас есть право подать апелляцию. Информация о том, как это сделать, будет включена в уведомление больницы, которое вы получите. Вы можете иметь право подать апелляцию на сумму вашей финансовой помощи. В письме с решением больницы будет включена информация о том, как подать апелляцию.
- Больницы не могут отправлять неоплаченные счета в коллекторское агентство в течение как минимум 180 дней после вашего первого счета.
- Больницам запрещено предпринимать юридические действия, включая подачу исков, для взыскания неоплаченных медицинских счетов с пациентов, чей доход ниже 400% от федерального прожиточного минимума. С рекомендациями по определению уровня бедности можно ознакомиться здесь: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Любая информация, предоставленная в этом заявлении, будет использоваться больницей только для определения вашего права на финансовую помощь и останется конфиденциальной в той мере, в какой это разрешено законом.
- Больница не может отказать вам в необходимых медицинских услугах из-за того, что у вас есть неоплаченный счет за лечение.
- Если вам нужна помощь по этому заявлению, **свяжитесь с офисом финансовой помощи Hospital for Special Surgery по телефону 212-606-1505.**
- Если вам нужна дополнительная помощь с этим заявлением или помощь в обжаловании решения, вы можете обратиться в Адвокатуру по вопросам медицинского обслуживания (Community Health Advocates): 888-614-5400.

### Критерии выбора

Ничто не ограничивает возможности больницы устанавливать право пациентов на скидки при оплате, если уровни дохода выше указанных ниже, и/или предоставлять более высокие скидки при оплате для имеющих на то право пациентов, чем те, которые требуются Законом о здравоохранении. Кроме того, иммиграционный статус не должен быть критерием на право получения финансовой помощи.

Право на получение финансовой помощи имеют следующие лица:

- Лица с низким доходом без медицинской страховки; или
- Лица с недостаточным страхованием (невозмещаемые расходы за медицинское обслуживание, накопленные за последние двенадцать месяцев, которые составляют более десяти процентов от валового годового дохода такого лица); или
- Те, кто исчерпал свои льготы по медицинской страховке и может доказать неспособность оплатить полную стоимость; или
- По усмотрению больницы лица, которые могут доказать неспособность оплатить свою доплату и/или франшизу, могут запросить уменьшенную или сниженную оплату.

Лица, доход которых составляет до 400% от федерального прожиточного минимума, имеют право на финансовую помощь.

## МИНИМАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ НА ПРАВО ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Федеральные прожиточные минимумы (2025)			
Размер домохозяйства	200%	300%	400%
1 человек	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 человека	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 человека	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 человека	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 человека	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 человека	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 человека	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Ежегодное обновление: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### Минимальные ставки дисконтирования

Если вы имеете право на финансовую помощь, взимаемые сборы будут снижены в соответствии с вашим доходом по скользящей шкале следующим образом:

Уровень дохода	Оплата
Ниже 200% федерального прожиточного минимума	Отменить все сборы
200%-300% федерального прожиточного минимума	Незастрахованные пациенты: Скользящая шкала до 10% от суммы, которая была бы выплачена за услугу(и) по программе Medicaid. Недострахованные пациенты: Максимум до 10% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением расходов на страхование такого пациента.
301%-400% федерального прожиточного минимума	Незастрахованные пациенты: Скользящая шкала до 20% от суммы, которая была бы выплачена за услугу(и) по программе Medicaid. Недострахованные пациенты: Максимум до 20% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением расходов на страхование такого пациента.

Больницы могут предоставлять более высокие скидки для подходящих пациентов, и/или предлагать скидки на оплату для пациентов с более высоким уровнем дохода.

### Планы оплаты в рассрочку

Планы оплаты в рассрочку доступны пациентам, которые не могут выплатить сниженную ставку сразу. Ежемесячные платежи не могут превышать 5% от вашего валового ежемесячного дохода, а процентная ставка, взимаемая с пациента на невыплаченный остаток, если таковой имеется, не должна превышать 2%.

## ЗАПРОС НА ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА СЕМЬИ (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

Включите информацию о доходе пациента, его супруга(и) и любых иждивенцев (например, детей). Например, к таковым относятся все, кто указан в одной налоговой декларации (лицо подающее налог, супруг(а) и иждивенцы) при расчете семейного дохода.

Ниже приведен список документов, которыми вы можете подтвердить свой доход. Вам не нужно предоставлять все эти документы. Вы также можете предоставить справку об отсутствии семейного дохода, если у вас нет дохода.

Вы также можете предоставить страницу определения права на получение помощи на Health Marketplace штата Нью Йорк. Если у вас есть этот документ, вам не нужно предоставлять в больницу какую-либо другую указанную ниже информацию о доходе.

Если члены семьи получают:	Сумма за месяц:	Заявитель может предоставить:
Заработную плату	\$	Предоставьте один расчетный листок или письмо от работодателя на фирменном бланке компании, с подписью и датой, или последнюю поданную налоговую декларацию.
Выплаты по социальному обеспечению	\$	Копию письма/сертификата о назначении пособия или корреспонденция от Администрации социального обеспечения США или ежегодное письмо о выплате пособий. Для запроса копии письма о выплате пособий по социальному обеспечению, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Пособие по безработице	\$	Копия письма/сертификата о назначении пособия или ежемесячная выписка о выплате пособий от Департамента труда штата Нью-Йорк или копия карты прямой оплаты с распечаткой или корреспонденция от Департамента труда штата Нью-Йорк или распечатка информации о счете получателя с веб-сайта Департамента труда штата НьюЙорк ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Пособие по инвалидности	\$	Копия письма/сертификата о назначении пособия или корреспонденция от Администрации социального обеспечения или копия ежегодного письма о выплате пособий. Чтобы запросить копию письма о выплатах, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Компенсация работникам, получившим травмы на работе	\$	Копия письма о назначении пособия или квитанции.