

## **Aplikacja o pomoc finansową dla szpitala mundurowego stanu Nowy Jork**

Możesz kwalifikować się do szpitalnej pomocy finansowej na opłacenie rachunków, jeśli nie jesteś ubezpieczony, jeśli Twoje ubezpieczenie zostało wyczerpane lub jeśli masz ubezpieczenie zdrowotne, ale masz dowód opłacenia wydatków medycznych w wysokości przekraczającej 10% Twojego dochodu.

Wypełnienie tego formularza rozpocznie proces ubiegania się o pomoc finansową dla szpitala. Ten formularz jest używany przez wszystkie szpitale w stanie Nowy Jork.

Wniosek ten musi być wydrukowany w języku podstawowym<sup>1</sup>, którym posługują się pacjenci obsługiwani przez szpital.

### **Imię i nazwisko pacjenta (pełne informacje, które mają zastosowanie)**

Imię i nazwisko pacjenta (imię, drugie imię, nazwisko)		
Data urodzenia (mm/dd/yyyy)		
Adres		Mieszkanie/Jednostka #
Miasto	Stan	Zamek
Telefon kontaktowy #		
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna lub przedstawiciela ustawowego (jeśli pacjent jest małoletnim dzieckiem lub osobą dorosłą ubezwłasnowolnioną)		
Adres e-mail (jeśli istnieje)		

### **Informacje o rodzinie:**

Prosimy o wymienienie poniżej wszystkich członków rodziny w Twoim gospodarstwie domowym. Twoje gospodarstwo domowe obejmuje Ciebie, Twojego współmałżonka lub partnera domowego oraz dzieci lub inne osoby pozostające na utrzymaniu. Na przykład obejmuje to wszystkie osoby wymienione w tym samym zeznaniu podatkowym.

Dochód brutto oznacza Twój dochód **przed** odliczeniem podatków.

Dochód brutto może składać się z dochodów z pracy (płace, pensje, napiwki, dochody z samozatrudnienia), niezarobionych dochodów (ubezpieczenie społeczne, renty inwalidzkie i zasiłki dla bezrobotnych), składek (środki od rodziny lub przyjaciół) oraz innych źródeł dochodu (tymczasowa pomoc i dodatkowe dochody z zabezpieczenia).

<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Związek</b>	<b>Całkowity dochód brutto (bieżący)</b>
	Jaźń	

<sup>1</sup>"Języki podstawowe" obejmują każdy język używany do komunikowania się podczas co najmniej 5% wizyt pacjentów rocznie lub dowolny język używany przez więcej niż 1% populacji obszaru podstawowej opieki szpitalnej, obliczony na podstawie informacji demograficznych dostępnych w Biurze Spisu Ludności Stanów Zjednoczonych, uzupełnionych danymi z systemów szkolnych.


Szpital może zażądać od Ciebie przedłożenia dokumentacji jako dowodu dochodu; Przykładami dokumentów mogą być odcinek wypłaty, list od pracodawcy, jeśli dotyczy, lub formularz 1040.

**Status ubezpieczenia zdrowotnego**

Czy masz jakąkolwiek formę ubezpieczenia zdrowotnego, w tym Medicaid, Medicare lub prywatne ubezpieczenie za pośrednictwem pracodawcy lub zakupione na własną rękę?   Tak   Nie

Jeśli odpowiedziałeś "Nie", czy chciałbyś uzyskać pomoc w ubieganiu się o którykolwiek z tych programów?

Tak  Nie

**Pacjenci niedoubezpieczeni: osoby z ubezpieczeniem i wysokimi wydatkami medycznymi.** Jeśli masz ubezpieczenie, podaj szacunkową kwotę rachunków medycznych, które zapłaciłeś w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

\$
----

Szpital może zażądać od Ciebie przedłożenia dokumentacji jako dowodu poniesionych kosztów leczenia.

**Pacjent/strona odpowiedzialna: Jeśli nie jest to pacjent, należy podać imię i nazwisko osoby podpisującej formularz oraz jej upoważnienie do złożenia podpisu w imieniu pacjenta (np. współmałżonek, rodzic, przedstawiciel prawny).**

Przyjmuję do wiadomości, że przekazywane przeze mnie informacje mogą podlegać weryfikacji ze źródeł zewnętrznych. Oświadczam, że informacje są prawdziwe i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Drukuj nazwę	Data
Stosunek do pacjenta	
Podpis	

## Minimalne wymagania kwalifikacyjne i wytyczne

### Harmonogram składania wniosków, prawa pacjenta i poufność

- Wniosek o pomoc finansową można złożyć w dowolnym momencie procesu zbiórki.
- Nie musisz uiszczać żadnych opłat na rzecz tego szpitala, dopóki nie otrzymasz decyzji w sprawie wniosku o pomoc finansową. Szpitale nie mogą przekazywać rachunków do windykacji, gdy wniosek jest w toku.
- W przypadku odmowy przyznania pomocy finansowej masz prawo do odwołania się. Informacje o tym, jak to zrobić, zostaną zawarte w otrzymanym powiadomieniu szpitala. Ofiara może mieć prawo do odwołania się od kwoty przyznanej pomocy finansowej. Szpital zamieści informacje o tym, jak się odwołać, w piśmie z decyzją.
- Szpitale nie mogą wysyłać niezapłaconych rachunków do firmy windykacyjnej przez co najmniej 180 dni od pierwszego rachunku.
- Szpitale nie mogą podejmować działań prawnych, w tym składać pozwów sądowych, w celu odzyskania niezapłaconych rachunków medycznych dla pacjentów poniżej 400% federalnego poziomu ubóstwa. Wytyczne dotyczące ubóstwa można znaleźć tutaj: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economicmobility/poverty-guidelines>
- Wszelkie informacje podane w tym wniosku zostaną wykorzystane przez szpital wyłącznie w celu ustalenia, czy kwalifikujesz się do pomocy finansowej i pozostaną poufne w zakresie dozwolonym przez prawo.
- Szpital nie może odmówić Ci świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia, ponieważ masz zaległy rachunek medyczny.
- Jeśli potrzebujesz pomocy z tą aplikacją, skontaktuj się z członkiem zespołu poniżej. System opieki zdrowotnej na górze Synaj

Przedstawiciel: \_\_\_\_\_

Numer: \_\_\_\_\_

- Jeśli potrzebujesz dodatkowej pomocy w związku z tą aplikacją lub pomocy w odwołaniu się od decyzji, możesz skontaktować się z Community Health Advocates: 888-614-5400.

### Wybieralność

Nic nie ogranicza możliwości szpitala w zakresie ustalenia uprawnień pacjentów do zniżek w płatnościach na poziomie dochodów wyższym niż określone poniżej i/lub zapewnienia uprawnionym pacjentom większych zniżek płatniczych niż te, które są wymagane przez ustawę o zdrowiu publicznym. Ponadto status imigracyjny nie stanowi kryterium kwalifikowalności do celów ustalenia pomocy finansowej.

Kwalifikują się następujące osoby:

- Osoby o niskich dochodach bez ubezpieczenia zdrowotnego; lub
- osoby nieubezpieczone (koszty leczenia ponoszone w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy, które wynoszą ponad dziesięć procent rocznego dochodu brutto takiej osoby); lub
- osoby, które wyczerpały swoje świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego i które mogą wykazać się niezdolnością do uiszczenia pełnych opłat; lub
- Według uznania szpitala, osoby, które mogą wykazać niezdolność do uiszczenia dopłaty i/lub udziału własnego, mogą wnioskować o obniżoną lub zniżkową płatność.

Osoby do 400% federalnego poziomu ubóstwa kwalifikują się do pomocy finansowej.

<b>Federalne poziomy ubóstwa (2024)</b>			
<b>Wielkość gospodarstwa domowego</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
1 osoba	30 120 dolarów	45 180 dolarów	60 240 dolarów
2 Osoby	40 880 dolarów	61 320 dolarów	81 760 dolarów
3 Osoby	51 640 dolarów	77 460 dolarów	103 280 dolarów
4 Osoby	62 400 dolarów	93 600 dolarów	124 800 dolarów
5 Osoby	73 160 dolarów	109 740 dolarów	146 320 dolarów
6 Osoby	83,920 dolarów	125 880 dolarów	167 840 dolarów
7 Osoby	94 680 dolarów	142,020 dolarów	189 360 dolarów

Aktualizowany corocznie: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### Minimalne stawki rabatowe

Jeśli kwalifikujesz się do pomocy finansowej, Twoje opłaty zostaną obniżone w zależności od Twojego dochodu na ruchomej skali opłat w następujący sposób:

<b>Poziom dochodu</b>	<b>Płatność</b>
Poniżej 200% FPL	Zrzec się wszelkich opłat
200% - 300% FPL	<p>Pacjenci nieubezpieczeni: Skala ruchoma do 10% kwoty, która zostałaaby zapłacona za usługę (usługi) przez Medicaid.</p> <p>Pacjenci nieobjęci ubezpieczeniem: maksymalnie 10% kwoty, która zostałaaby wypłacona zgodnie z podziałem kosztów ubezpieczenia takiego pacjenta.</p>
301% - 400% FPL	<p>Pacjenci nieubezpieczeni: Skala ruchoma do 20% kwoty, która zostałaaby zapłacona za usługę (usługi) przez Medicaid.</p> <p>Pacjenci nieobjęci ubezpieczeniem: maksymalnie do 20% kwoty, która zostałaaby wypłacona zgodnie z podziałem kosztów ubezpieczenia takiego pacjenta.</p>

Szpitala mogą zdecydować się na zapewnienie większych zniżek dla uprawnionych pacjentów i/lub zaoferowanie zniżek na płatności dla pacjentów o wyższych dochodach.

### Plany ratalne

Plany ratalne są dostępne dla pacjentów, którzy nie są w stanie zapłacić obniżonej stawki za jednym razem. Miesięczne płatności nie mogą przekroczyć 5% miesięcznego dochodu brutto, a stopa procentowa naliczana pacjentowi od niespłaconego salda, jeśli takie występuje, nie może przekroczyć 2%.

## Wniosek o zaświadczenie o dochodach gospodarstwa domowego

Prosimy o podanie informacji o dochodach pacjenta, jego współmałżonka i osób pozostających na utrzymaniu (takich jak dzieci). Na przykład przy obliczaniu dochodu gospodarstwa domowego uwzględniono wszystkie osoby znajdujące się w tym samym zeznaniu podatkowym (osobę składającą zeznanie podatkowe, współmałżonka i osoby pozostające na utrzymaniu podatkowe).

Poniżej znajduje się lista dokumentów, których możesz użyć, aby udowodnić swoje dochody. Nie musisz dostarczać wszystkich tych dokumentów. Możesz również przedstawić zaświadczenie o braku dochodu gospodarstwa domowego, jeśli nie masz żadnego dochodu.

Możesz również udostępnić stronę Ustalanie uprawnień z NY State of Health Marketplace. Jeśli posiadasz ten dokument, nie musisz podawać szpitalowi żadnych innych informacji o dochodach wymienionych poniżej.

<b><u>W przypadku, gdy gospodarstwo domowe otrzymuje:</u></b>	<b><u>Kwota na miesiąc:</u></b>	<b><u>Wnioskodawca może dostarczyć:</u></b>
Płaca	\$	Prosimy o dostarczenie jednego odcinka wypłaty lub listu od pracodawcy na papierze firmowym, podpisanego i opatrzonego datą lub ostatnio złożonego zeznania podatkowego.
Składka na ubezpieczenie społeczne	\$	Kopia listu/certyfikatu przyznającego zaświadczenie, korespondencja z U.S. Social Security Administration lub list z rocznym świadczeniem. Aby poprosić o kopię listu o świadczeniu z Ubezpieczeń Społecznych, zadzwoń pod numer 1-800-772-1213 lub odwiedź stronę <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Zasiłek dla bezrobotnych	\$	Kopia listu/certyfikatu z nagrodą lub miesięcznego zestawienia świadczeń z Departamentu Pracy stanu Nowy Jork lub kopia karty do płatności bezpośrednich z wydrukiem lub korespondencja z Departamentu Pracy stanu Nowy Jork lub wydruk informacji o koncie odbiorcy ze strony internetowej Departamentu Pracy stanu Nowy Jork ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).

Zasiłek inwalidzki	\$	Kopia listu/certyfikatu przyznającego zaświadczenie lub korespondencja z Administracji Ubezpieczeń Społecznych lub kopia listu z rocznym świadczeniem. Aby poprosić o kopię listu z zasiłkiem, zadzwoń pod numer 1-800-772-1213 lub odwiedź stronę <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Odszkodowania pracownicze	\$	Kopia listu z nagrodą lub odcinka czeku.
Alimenty/alimenty na dziecko	\$	Kopia nakazu sądowego lub 3-miesięczne zrealizowane czeki/pokwitowania.
Dywidendy/Odsetki	\$	Kwartalne sprawozdania z dywidendy lub sprawozdania za 1 miesiąc.
Inny	\$	List określający wysokość zarobków pozapłacowych (jeśli występują), takich jak dochody z wynajmu, gotówka za prace dorywcze itp.
Brak dochodu	0 dolarów	Podpisane zaświadczenie o braku dochodów.