

## 紐約州統一醫院經濟援助申請

如果您沒有保險，如果您的保險已用完，或者您有健康保險但有已支付醫療費用總額超過您收入的 10%，您可能有資格獲得醫院經濟援助來支付帳單。填寫此表格將開始您的醫院經濟援助申請。

紐約州的所有醫院都使用此表格。

此應用程式必須以醫院服務的患者使用的主要 1 語言列印。

### 患者姓名（適用的完整資訊）

患者姓名（名字、中間名、姓氏）			
出生日期（mm/dd/yyyy）			
位址		公寓/單元#	
城市	州	郵編	
聯繫電話#			
父母/監護人或合法代表姓名（如果患者是未成年兒童或無行為能力的成年人）			
電子郵件地址（如有）			

### 家庭資訊：

請在下面列出您家中的所有家庭成員。您的家庭包括您自己、您的配偶或同居伴侶，以及任何子女或其他受撫養人。例如，這將包括同一納稅申報表上列出的每個人。

總收入是指您在 **扣除稅款** 之前的收入。

總收入可以包括工作收入（工資、薪水、小費、自雇收入）、非勞動收入（社會保障、殘疾和失業救濟金）、繳款（來自家人或朋友的資金）和其他收入來源（臨時援助和補充保障收入）。

全名	關係	總收入（當前）
	自我	

<sup>1</sup>“主要語言”包括每年至少 5% 的患者就診中用於交流的任何語言，或超過 1% 的初級醫院服務區人口使用的任何語言，使用美國人口普查局提供的人口統計信息計算，並輔以學校系統的數據。

醫院可能會要求您提交檔作為收入證明;檔示例可能包括工資單、僱主的信函（如適用）或 1040 表格。

### 健康保險狀況

您是否擁有任何形式的健康保險，包括 Medicaid、Medicare 或透過僱主購買的私人保險或自行購買？  是  否

如果您回答「否」，您是否需要申請這些計劃的說明？

是的  不

**保險不足的患者：有保險和高醫療費用的人。**如果您有保險，請提供您在過去 12 個月內支付的醫療費用的估計 。

\$
----

醫院可能會要求您提交文件作為已支付醫療費用的證明。

**患者/責任方：**如果不是患者，請列出簽署表格的人的姓名及其代表患者簽署的許可權（例如，配偶、父母、法定代表人）。

我瞭解我提交的資訊可能需要外部來源的驗證。我保證，據我所知，這些資訊是真實和完整的。

列印名稱	日期
與患者的關係	
簽名	

## 最低資格和準則

### 申請時程表、患者權利和保密性

- 您可以在收款過程中隨時申請經濟援助。
- 在您收到經濟援助申請的決定之前，您不必向這家醫院支付任何費用。在您的申請待處理期間，醫院不得將帳戶轉發給收款。
- 如果您被拒絕獲得經濟援助，您有權上訴。有關如何執行此操作的資訊將包含在您收到的醫院通知中。您可能有權對您的經濟援助金額提出上訴。醫院將在決定信中包含有關如何上訴的資訊。
- 在您收到第一張帳單后至少 180 天內，醫院不能將未付帳單發送給收款機構。
- 禁止醫院採取法律行動，包括提起訴訟，為低於聯邦貧困線 400% 的患者追回未付的醫療費用。貧困線指南可在此處找到：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economicmobility/poverty-guidelines>
- 本申請中提供的任何資訊將僅由醫院用於確定您是否有資格獲得經濟援助，並將在法律允許的範圍內保密。
- 醫院不能因為您有未付的醫療帳單而拒絕為您提供醫療必要的服務。
- 如果您在此應用程式方面需要說明，請聯繫下面的團隊成員。西奈山衛生系統

代表：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

- 如果您在此應用程式方面需要其他幫助或幫助對決定提出上訴，您可以聯繫社區健康宣導者：888-614-5400。

### 資格

沒有什麼可以限制醫院確定患者有資格在高於以下指定收入水準的收入水平上獲得付款折扣和/或為符合條件的患者提供比公共衛生法要求的更大的付款折扣的能力。此外，移民身份不應成為確定經濟援助的資格標準。

以下個人符合條件：

- 沒有健康保險的低收入個人;或
- 保險不足的個人（過去 12 個月累積的自付費用醫療費用占該個人年總收入的 10% 以上）;或
- 那些已經用完了健康保險福利，並且能☑證明無力支付全額費用的人;或
- 根據醫院的判斷，能☑證明無力支付共付額和/或免賠額的個人可以要求減少或折扣付款。

聯邦貧困線 400% 以下的個人有資格獲得經濟援助。

聯邦貧困水準（2024）			
家庭人數	200%	300%	400%
1 人	31,300 美元	46,950 美元	60,240 美元
2 人	42,300 元	63,450 元	81,760 元
3 人	53,300 美元	79,950 美元	103,280 元
4 人	64,300 美元	96,450 元	124,800 元
5 人	75,300 美元	112,950 元	146,320 元
6 人	86,300 元	129,450 元	167,840 元
7 人	97,300 元	145,950 元	189,360 元
8 人	108,300 元	162,450 元	210,060 元

每年更新：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### 最低折扣率

如果您有資格獲得經濟援助，您的費用將根據您的收入按浮動收費標準減少，如下所示：

收入水準	付款
FPL 的 200% 以下	免除所有費用
200% - 300% FPL	未投保患者：浮動比例最高可達 Medicaid 本應支付的服務金額的 10%。  保險不足的患者：最高為根據此類患者的保險費用分攤本應支付的金額的 10%。
301% - 400% FPL	未投保的患者：浮動比例最高可達 Medicaid 本應支付的服務金額的 20%。  保險不足的患者：最高為根據此類患者的保險費用分攤支付的金額的 20%。

醫院可以選擇為符合條件的患者提供更大的折扣和/或為較高收入水準的患者提供付款折扣。

## 分期付款計劃

分期付款計劃適用於無法一次性支付所有減免費用的患者。每月付款額不得超過您每月總收入的 5%，並且向患者收取的未付餘額（如有）的利率不得超過 2%。

## 申請家庭收入證明

請包括患者、其配偶和任何受撫養人（例如子女）的收入資訊。例如，在計算家庭收入時，這將包括同一納稅申報表上的每個人（報稅人、配偶和稅務家屬）。

以下是您可以用來證明收入的文件清單。您不必提供所有這些檔。如果您沒有收入，您也可以提供無家庭收入聲明。

您還可以提供 NY State of Health Marketplace 中的資格確定頁面。如果您有此檔，則無需向醫院提供下面列出的任何其他收入資訊。

<u>如果住戶收到：</u>	<u>每月金額：</u>	<u>申請人可提供：</u>
工資	\$	請提供一份薪水存根或僱主信箋抬頭，簽名並註明日期，或最近提交的所得稅申報表。
社保繳費	\$	獎勵信/證書的副本，或來自美國社會保障局的信件，或年度福利信。要索取您的社會

		保障福利信副本，請致電 1-800-772-1213 或訪問 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 。
失業救濟金	\$	紐約州勞工部的獎勵信/證書副本或月度福利聲明，或帶列印件的直接付款卡複印件，或紐約州勞工部的信件，或紐約州勞工部網站 ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ) 的收件者帳戶資訊列印件。
傷殘賠償	\$	獎勵信/證書複印件，或社會保障局的信件，或年度福利信複印件。要索取您的福利信副本，請致電 1-800-772-1213 或訪問 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 。
工傷賠償	\$	獎勵信或支票存根副本。
贍養費/子女撫養費	\$	法院命令副本，或 3 個月的兌現支票/收據。
股息/利息	\$	季度股息報表或 1 個月報表。
其他	\$	說明非工資收入金額 (如有) 的信件，例如租金收入、打零工現金等。
無收入	0 美元	簽署無收入聲明。