

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 podstawowym¹, 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).

Imię i nazwisko	Związek	Całkowity dochód brutto (bieżący)
	Jaźń	

¹ "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.

Federalne poziomy ubóstwa (2024)			
Wielkość gospodarstwa domowego	200%	300%	400%
1 osoba	31 300 dolarów	46 950 dolarów	60 240 dolarów
2 Osoby	42 300 dolarów	63 450 dolarów	81 760 dolarów
3 Osoby	53 300 dolarów	79 950 dolarów	103 280 dolarów
4 Osoby	64 300 dolarów	96 450 dolarów	124 800 dolarów
5 Osoby	75 300 dolarów	112 950 dolarów	146 320 dolarów
6 Osoby	86,300 dolarów	129 450 dolarów	167 840 dolarów
7 Osoby	97 300 dolarów	145 950 dolarów	189 360 dolarów
8 Osoby	108 300 dolarów	162 450 dolarów	210 060 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:

Poziom dochodu	Płatność
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.

<u>W przypadku, gdy gospodarstwo domowe otrzymuje:</u>	<u>Kwota na miesiąc:</u>	<u>Wnioskodawca może dostarczyć:</u>
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 www.ssa.gov .
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 (www.labor.state.ny.us).

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 www.ssa.gov .
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.