

## طلب المساعدة المالية لـ NYS Uniform Hospital

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية للمستشفى لدفع فواتيرك إذا لم يكن لديك تأمين صحي، أو إذا تم استنفاد التأمين الخاص بك، أو إذا كان لديك تأمين صحي ولكن لديك دليل على النفقات الطبية المدفوعة التي يبلغ مجموعها أكثر من 10% من دخلك. سيؤدي إكمال هذا النموذج إلى بدء طلبك للحصول على المساعدة المالية للمستشفى. يتم استخدام هذا النموذج من قبل جميع المستشفيات في ولاية New York.

اسم المريض (أكمل المعلومات قابلة للتطبيق)

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

### معلومات العائلة:

يرجى ذكر جميع أفراد الأسرة في أسرتك أدناه. تشمل أسرتك نفسك أو زوجتك أو شريكك في المنزل وأي أطفال أو معالين آخرين. على سبيل المثال، سيشمل ذلك جميع الأشخاص المدرجين في نفس الإقرار الضريبي.

الدخل الإجمالي يعني دخلك قبل خصم الضرائب.

يمكن أن يتكون الدخل الإجمالي من أرباح العمل (الأجور والرواتب والإكراميات والأرباح من العمل الحر) والدخل غير المكتسب (الضمان الاجتماعي والإعاقاة وإعانات البطالة) والمساهمات (الأموال من العائلة أو الأصدقاء) ومصادر الدخل الأخرى (المساعدة المؤقتة ودخل الضمان التكميلي).

الاسم الكامل	العلاقة	إجمالي الدخل (حاليًا)
	الشخص نفسه	


قد يطلب منك المستشفى تقديم وثائق كدليل على الدخل؛ قد تتضمن أمثلة الوثائق كشف راتب أو خطاب من صاحب العمل إن أمكن أو نموذج 1040.

**حالة التأمين الصحي**

هل لديك أي شكل من أشكال التأمين الصحي، بما في ذلك Medicaid أو Medicare أو تأمين خاص من خلال صاحب العمل الخاص

بك أو تم شراؤه بنفسك؟  نعم  لا

إذا أجبت بـ "لا"، فهل ترغب في المساعدة في التقدم بطلب للحصول على أي من هذه البرامج؟

نعم  لا

المرضى الذين لهم تأمين غير كافٍ لتغطية: الأشخاص الذين لديهم تأمين ونفقات طبية عالية. إذا كان لديك تأمين، فيرجى تقديم تقدير للفواتير الطبية التي دفعتها خلال الـ 12 شهرًا الماضية.

\$

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

المرضى / الطرف المسؤول: إذا لم يكن المريض، فقم بإدراج اسم الشخص الذي يوقع على النموذج وسلطته في التوقيع نيابة عن المريض (على سبيل المثال، الزوج، الوالد، الممثل القانوني).

أفهم أن المعلومات التي أقدمها قد تخضع للتحقق من مصادر خارجية. أقر بأن المعلومات صحيحة وكاملة على حد علمي.

الاسم بأحرف واضحة	Date/التاريخ
صلته بالمريض	
التوقيع	

## الحد الأدنى من الأهلية والمبادئ التوجيهية

### الجدول الزمني للتطبيق وحقوق المريض والسرية

- يمكنك التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية في أي وقت أثناء عملية التحصيل.
- لا يتعين عليك سداد أي مبلغ لهذا المستشفى حتى تتلقى قراراً بشأن طلبك للحصول على المساعدة المالية. قد لا تقوم المستشفيات بإعادة توجيه الحسابات إلى التحصيل أثناء انتظار طلبك.
- إذا تم رفض المساعدة المالية، فيحق لك تقديم الالتماس. سيتم تضمين معلومات حول كيفية القيام بذلك في إخطار المستشفى الذي تتلقاه. قد يكون لك الحق في تقديم التماس بشأن مبلغ المساعدة المالية الخاصة بك. سيقوم المستشفى بتضمين معلومات حول كيفية تقديم التماس في خطاب القرار.
- لا يمكن للمستشفيات إرسال الفواتير غير المدفوعة إلى وكالة تحصيل لمدة 180 يوماً على الأقل بعد فاتورتك الأولى. يحظر على المستشفيات اتخاذ إجراءات قانونية، بما في ذلك رفع دعاوى قضائية، لاسترداد الفواتير الطبية غير المدفوعة للمرضى الذين هم تحت نسبة 400% من مستوى الفقر الفيدرالي. يمكن العثور على المبادئ التوجيهية الخاصة بالفقر هنا: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- سيتم استخدام أي معلومات مقدمة في هذا الطلب فقط من قبل المستشفى لتحديد أهليتك للحصول على المساعدة المالية وستظل سرية إلى الحد الذي يسمح به القانون.
- لا يمكن للمستشفى أن يحرمك من الخدمات الطبية الضرورية لأن لديك فاتورة طبية مستحقة.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن هذا الطلب، فيرجى الاتصال بمكتب المساعدة المالية التابع لـ NYC Health + Hospitals على الرقم 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692).
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في هذا التطبيق أو مساعدة في تقديم التماس للقرار، فيمكنك التواصل مع مناصري صحة المجتمع: 888-614-5400.

### الأهلية

لا شيء يحد من قدرة المستشفى على إثبات أهلية المريض للحصول على خصومات على الدفع بمستويات دخل أعلى من تلك المحددة أدناه و/ أو تقديم خصومات دفع أكبر للمرضى المؤهلين من تلك التي يتطلبها قانون الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، لن يكون وضع الهجرة معياراً للأهلية لغرض تحديد المساعدة المالية.

### الأفراد التالية أسماؤهم مؤهلون:

- الأفراد ذوي الدخل المنخفض الذين ليس لديهم تأمين صحي؛ أو
- الأفراد الذين لهم تأمين غير كافٍ لتغطية (التكاليف الطبية الثرية المتراكمة في الأشهر الاثني عشر الماضية والتي تصل إلى أكثر من عشرة بالمائة من إجمالي الدخل السنوي لهذا الفرد)؛ أو
- أولئك الذين استنفدوا مزايا التأمين الصحي الخاصة بهم، والذين يمكنهم إثبات عدم القدرة على دفع الرسوم الكاملة؛ أو
- وفقاً لتقدير المستشفى، يمكن للأفراد الذين يمكنهم إثبات عدم قدرتهم على دفع المشاركة في الدفع و/ أو الخصم طلب دفعة مخفضة أو مخصص منها.

الأفراد الذين تصل نسبتهم إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي مؤهلون للحصول على مساعدة مالية.

مستويات الفقر الفيدرالية (2024)			
400%	300%	200%	حجم الأسرة
\$60,240	\$45,180	\$30,120	شخص واحد
\$81,760	\$61,320	\$40,880	شخصين
\$103,280	\$77,460	\$51,640	3 أشخاص
\$124,800	\$93,600	\$62,400	4 أشخاص
\$146,320	\$109,740	\$73,160	5 أشخاص
\$167,840	\$125,880	\$83,920	6 أشخاص
\$189,360	\$142,020	\$94,680	7 أشخاص

يتم تحديثه سنويًا: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### الحد الأدنى لمعدلات الخصم

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية، تخفيض رسومك وفقًا لدخلك على مقياس رسوم متدرج على النحو التالي:

الدفع	مستوى الدخل
الإعفاء من جميع الرسوم	أقل من 200% FPL
المرضى الذين ليس لهم تأمين: مقياس متدرج يصل إلى 10% من المبلغ الذي كان سيتم دفعه مقابل الخدمة (الخدمات) بواسطة Medicaid.	200% - 300% FPL
المرضى الذين لهم تأمين غير كافٍ لتغطية: ما يصل إلى 10% كحد أقصى من المبلغ الذي كان سيتم دفعه وفقًا لتقاسم تكلفة التأمين لهذا المريض.	
المرضى الذين ليس لهم تأمين: مقياس متدرج يصل إلى 20% من المبلغ الذي كان سيتم دفعه مقابل الخدمة (الخدمات) بواسطة Medicaid.	301% - 400% FPL
المرضى الذين لهم تأمين غير كافٍ لتغطية: ما يصل إلى 20% كحد أقصى من المبلغ الذي كان سيتم دفعه وفقًا لتقاسم تكلفة التأمين لهذا المريض.	

قد تختار المستشفيات تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين و/ أو تقديم خصومات على الدفع للمرضى ذوي الدخل المرتفع.

### خطط التقسيط

تتوفر خطط التقسيط للمرضى غير القادرين على دفع السعر المخفض في وقت واحد. لا يمكن أن تتجاوز الدفعات الشهرية 5% من إجمالي ذلك الشهري ويجب ألا يتجاوز معدل الفائدة المفروض على المريض على الرصيد غير المدفوع، إن وجد، 2%.

### طلب إثبات دخل الأسرة

يرجى تضمين معلومات الدخل للمريض وزوجته وأي معالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، قد يشمل ذلك كل شخص في نفس الإقرار الضريبي (مقدم الضريبة، الزوج، والمعالين الضريبيين) في حساب دخل الأسرة.

فيما يلي قائمة بالمستندات التي يمكنك استخدامها لإثبات دخلك. ليس عليك تقديم كل هذه المستندات. يمكنك أيضًا تقديم بيان بعدم وجود دخل للأسرة إذا لم يكن لديك دخل.

يمكنك أيضًا تقديم صفحة تحديد الأهلية من NY State of Health Marketplace. إذا كان لديك هذا المستند، فلا يتعين عليك تقديم أي معلومات دخل أخرى مدرجة أدناه إلى المستشفى.

يمكن لمقدم الطلب تقديم:	المبلغ في الشهر:	إذا تلقت الأسرة:
يرجى تقديم وصل شيك راتب واحد، أو خطاب من صاحب العمل عليه ترويسة الشركة، موقعة ومؤرخة، أو أحدث إقرار ضريبي تم تقديمه.	\$	الراتب
نسخة من خطاب/ شهادة الجائزة، أو المراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية، أو خطاب المزايا السنوية. لطلب نسخة من خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي الخاص بك، اتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .	\$	مدفوعات الضمان الاجتماعي
نسخة من خطاب/ شهادة الجائزة، أو بيان المزايا الشهرية من وزارة العمل في ولاية NYS، أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع نسخة مطبوعة، أو مراسلات من وزارة العمل في ولاية NYS، أو نسخة مطبوعة من معلومات حساب المستلم من موقع وزارة العمل في ولاية NYS ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).	\$	تعويضات البطالة
نسخة من خطاب/ شهادة الجائزة، أو المراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي، أو نسخة من خطاب الاستحقاق السنوي. لطلب نسخة من خطاب المزايا الخاص بك، اتصل على الرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .	\$	مدفوعات الإعاقة
نسخة من خطاب الجائزة أو إيصال الشيك.	\$	تعويضات العمال

النفقة/ إعالة الطفل	\$	نسخة من أمر المحكمة، أو 3 أشهر من الشيكات / الإيصالات المصرفية.
توزيعات الأرباح/المزايا	\$	بيانات توزيعات الأرباح ربع السنوية أو بيانات شهر 1.
غير ذلك	\$	خطاب يوضح مقدار الأرباح غير المتعلقة بالأجور (إن وجدت)، مثل دخل الإيجار، والنقد للوظائف الفردية، وما إلى ذلك.
لا يوجد دخل	\$	بيان موقع بعدم وجود دخل.