

## Заявление на получение финансовой помощи от больницы NYS Uniform

Вы можете иметь право на финансовую помощь в оплате счетов от больницы, если у вас нет страховки, если средства по вашей страховке были израсходованы или если у вас есть медицинская страховка и вы можете предоставить подтверждение оплаченных медицинских расходов на общую сумму, превышающую 10% от вашего дохода. Заполнение этой формы инициирует ваш запрос на получение финансовой помощи от больницы. Эта форма используется всеми больницами штата New York.

### Имя и фамилия пациента (вся актуальная информация)

Имя пациента (имя, отчество, фамилия)		
Дата рождения (мм/дд/гггг)		
Адрес	Квартира/дом	
Город	Штат	Почтовый индекс
Контактный телефон		
Имя и фамилия родителя/опекуна или законного представителя (если пациент является несовершеннолетним ребенком или недееспособным взрослым)		
Адрес электронной почты (если есть)		

### Информация о семье:

Пожалуйста, перечислите ниже всех членов вашей семьи. В ваше домохозяйство входят вы, ваш супруг(а) или сожитель(ница), а также дети или другие иждивенцы. Например, в него будут входить все лица, указанные в одной и той же налоговой декларации.

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

Валовой доход может состоять из трудовых доходов (заработная плата, оклады, чаевые, доходы от индивидуальной трудовой деятельности), нетрудовых доходов (социальные пособия, пособия по инвалидности и безработице), взносов (средства семьи или друзей) и других источников дохода (временная помощь и дополнительный доход по социальному обеспечению).

Имя и фамилия	Степень родства	Общий валовой доход (текущий)
	Вы	


Больница может попросить вас предоставить документацию, подтверждающую доход; примеры документации могут включать квитанцию о начислении заработной платы, письмо от вашего работодателя, если применимо, или форму 1040.

**Статус медицинского страхования**

Располагаете ли вы какой-либо медицинской страховкой, включая Medicaid, Medicare или страховку от частной страховой организации, полученную от вашего работодателя либо приобретенную

самостоятельно?  Да  Нет

Если вы ответили «Нет», хотели бы вы получить помощь в подаче заявления на участие в какой-либо из этих программ?

Да  Нет

**Недостаточно застрахованные пациенты: люди со страховкой и высокими медицинскими расходами.** Если у вас есть страховка, пожалуйста, укажите приблизительную сумму по медицинским счетам, которые вы оплатили за последние 12 месяцев.

\$

Больница может попросить вас предоставить документы, подтверждающие оплаченные медицинские расходы.

**Пациент/Ответственное лицо: если форму подписывает не пациент, укажите имя и фамилию лица, подписывающего форму, и его полномочия ставить подпись от имени пациента (например, супруг, родитель, законный представитель).**

Я понимаю, что информация, которую я предоставляю, может быть проверена при помощи внешних источников. Я удостоверяю, что информация является правдивой и полной, насколько мне известно.

Расшифровка подписи информация о том, кем представитель приходится пациенту	Дата
Подпись	

## Минимальное соответствие критериям и рекомендации

### Сроки подачи заявления, права пациента и конфиденциальность

- Вы можете подать заявление на получение финансовой помощи на любом этапе процесса взыскания.
- Вам не нужно перечислять какие-либо платежи этой больнице до тех пор, пока вы не получите решение по вашему заявлению на получение финансовой помощи. Больницы не могут пересылать счета коллекторам, пока ваше заявление находится на рассмотрении.
- Если вам отказали в предоставлении финансовой помощи, вы имеете право подать апелляцию. Информация о том, как это сделать, будет добавлена в уведомление от больницы, которое будет вам направлено. Вам может быть предоставлено право обжаловать сумму вашей финансовой помощи. Больница добавит информацию о том, как подать апелляцию, в свое письмо с решением.
- Больницы не могут отправлять неоплаченные счета в коллекторское агентство в течение не менее чем 180 дней после вашего первого счета.
- Больницам запрещено обращаться в суд, в том числе подавать судебные иски, для взыскания задолженности по неоплаченным медицинским счетам для пациентов, чей доход не превышает 400% от федерального прожиточного минимума. С рекомендациями по прожиточному минимуму 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 соответствия критериям для получения финансовой помощи и останется конфиденциальной в установленных законодательством случаях.
- Больница не может отказать вам в услугах, необходимых по медицинским показаниям, из-за наличия у вас неоплаченного медицинского счета.
- Если вам нужна помощь с этим заявлением, обратитесь в отдел финансовой помощи NYC Health + Hospitals по номеру 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692).
- Если вам нужна дополнительная помощь с этим заявлением или помощь в обжаловании решения, вы можете обратиться к защитникам прав пациентов по месту жительства (Community Health Advocates): 888-614-5400.

### Соответствие критериям

Больница не ограничена в определении соответствия пациента критериям получения скидок на оплату при более высоком уровне дохода, чем указано ниже, и/или в предоставлении больших скидок на оплату для пациентов, соответствующих критериям, если эти скидки превышают указанные в Законе об общественном здравоохранении. Кроме того, иммиграционный статус не является критерием соответствия для целей определения финансовой помощи.

Воспользоваться ею могут следующие лица:

- лица с низким доходом, не имеющие медицинской страховки; или
- недостаточно застрахованные лица (собственные медицинские расходы, накопленные за последние двенадцать месяцев, составляют более десяти процентов от валового годового дохода такого лица); или
- лица, которые израсходовали свои льготы по медицинскому страхованию и могут продемонстрировать неспособность оплатить начисления в полном объеме; или
- по усмотрению больницы лица, которые могут продемонстрировать неспособность оплатить свою доплату и/или франшизу, могут запросить уменьшение размера платежа или скидку.

Лица с доходом до 400% от федерального прожиточного минимума имеют право на получение финансовой помощи.

<b>Федеральные прожиточные минимумы (2024 г.)</b>			
<b>Размер домохозяйства</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
1 человек	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 человека	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 человека	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 человека	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 человек	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 человек	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 человек	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Обновляется ежегодно: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### Минимальные ставки скидок

Если вы имеете право на финансовую помощь, ваши начисления будут уменьшены в соответствии с вашим доходом по скользящей шкале сборов следующим образом:

<b>Уровень дохода</b>	<b>Платеж</b>
<b>Ниже 200% FPL</b>	Отмена всех начислений
<b>200% - 300% FPL</b>	<p>Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 10 % от суммы, которая была бы уплачена за услугу(и) в рамках программы Medicaid.</p> <p>Недостаточно застрахованные пациенты: не более 10% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением затрат по страховке такого пациента.</p>
<b>301% - 400% FPL</b>	<p>Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 20% от суммы, которая была бы уплачена за услугу(и) в рамках программы Medicaid.</p> <p>Недостаточно застрахованные пациенты: не более 20% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением затрат по страховке такого пациента.</p>

Больницы могут предоставлять большие скидки для соответствующих критериям пациентов, и/или предлагать скидки на оплату для пациентов с более высоким уровнем дохода.

### Рассрочка

Рассрочка доступна для пациентов, которые не могут внести полный платеж по сниженной ставке. Ежемесячные платежи не могут превышать 5% от вашего валового ежемесячного дохода, а процентная ставка, начисляемая на невыплаченный остаток пациента, если таковой имеется, не должна превышать 2%.

### Запрос подтверждения семейного дохода

Пожалуйста, укажите информацию о доходах пациента, его супруга(и) и любых иждивенцев (например, детей). Например, к ним относятся все лица, указанные в одной налоговой декларации (лицо, подающее налоговую декларацию, супруг(а) и иждивенцы) при расчете семейного дохода.

Ниже приведен список документов, которые вы можете использовать для подтверждения своего дохода. Вам не нужно предоставлять все эти документы. Вы также можете предоставить справку об отсутствии семейного дохода, если у вас отсутствует доход.

Вы также можете предоставить страницу определения соответствия критериям с веб-сайта страховой биржи NY State of Health Marketplace. Если у вас есть этот документ, вам не нужно предоставлять больнице какую-либо другую информацию о доходах, указанную ниже.

<b>Если домохозяйство получает:</b>	<b>Сумма в месяц:</b>	<b>Заявитель может предоставить:</b>
Зарплата	\$	Пожалуйста, предоставьте одну квитанцию о начислении заработной платы, или письмо от работодателя на фирменном бланке компании с подписью и датой, или недавно поданную налоговую декларацию.
Выплата социального пособия	\$	Копия письма/сертификата о назначении пособия, или письмо от Управления социального обеспечения США, или ежегодное письмо о назначении пособия. Чтобы запросить копию письма о назначении социального пособия, позвоните по номеру 1-800-772-1213 или посетите веб-сайт <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Пособие по безработице	\$	Копия письма/сертификата о назначении пособия, или ежемесячная выписка о льготах от Департамента труда штата New York, или копия карты прямых выплат (Direct Payment Card) с распечаткой, или письмо от Департамента труда штата New York, или распечатка информации о счете получателя с веб-сайта Департамента труда штата New York ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Пособие по инвалидности	\$	Копия письма/сертификата о назначении пособия, или письмо от Управления социального обеспечения, или копия ежегодного письма о назначении пособия. Чтобы запросить копию письма о назначении льгот, позвоните по номеру 1-800-772-1213 или посетите веб-сайт <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Компенсация работникам	\$	Копия письма о назначении пособия или квитанции.

Алименты/пособие на ребенка	\$	Копия постановления суда или обналиченных чеков/квитанций за 3 месяца.
Дивиденды/проценты	\$	Ежеквартальные выписки по дивидендам или выписки за 1 месяц.
Другое	\$	Письмо с указанием суммы доходов, не являющихся заработной платой (если таковые имеются), например доход от аренды, наличные деньги за нерегулярную работу и т. д.
Доход отсутствует	\$	Подписанное заявление об отсутствии дохода.