

纽约州统一医院财务援助申请表

如果您没有健康保险, 或您的保险额度已用尽, 又或者您虽有健康保险, 但能证明已支付的医疗费用总计超过您收入的 10%, 那么您可能有资格申请医院财务援助来支付账单。填写此表格即开启您的医院财务援助申请流程。本表格适用于纽约州所有医院。

患者姓名 (填写所有适用信息)

患者姓名 (名字、中间、姓氏)		
出生日期 (月/日/年)		
地址	公寓房号/单元号	
城市	州/省	邮政编码
联系电话号码		
父母/监护人或法定代表人姓名 (如果患者是未成年子女或无行为能力的成年人)		
电子邮箱 (如有)		

家庭信息:

请在下面列出您家中的所有家庭成员。您的家庭成员包括您自己、配偶或同居伴侣, 以及任何子女或其他受抚养人。例如, 同一纳税申报单上列出的所有人都在此列。

总收入是指您的**税前**收入。

总收入可能包括工作收入 (工资、薪金、小费、自雇收入)、非工作收入 (社会保障金、残疾补助金、失业救济金)、他人资助 (来自家人或朋友的资金), 以及其他收入来源 (临时救助金和补充保障收入)。

全名	关系	总收入 (当前)
	自己	

医院可能会要求您提交相关文件作为收入证明,例如工资单、雇主证明信(如适用)或 1040 表格。

健康保险状况

您是否拥有任何形式的健康保险,包括 Medicaid、Medicare,或通过雇主获得或自行购买的私人保险?

是 否

如果您回答“否”,您是否希望在申请这些保险项目时获得帮助?

是 否

保障不足患者:指有保险但医疗费用高昂的人士。若您有保险,请估算过去 12 个月内您支付的医疗账单金额。

\$

医院可能会要求您提交相关文件,以证明已支付的医疗费用。

患者/责任方:若签字人非患者本人,请注明签字人的姓名,以及其代表患者签字的授权身份(如配偶、父母、法定代表人)。

我了解,我提交的信息可能会由外部来源进行核实。我保证,就我所知,所提供的信息真实且完整。

正楷姓名	日期
与患者的关系	
签名	

最低资格要求与指南

申请时间安排、患者权利及保密规定

- 在款项催收过程中的任何阶段, 您都可以申请财务援助。
- 在收到财务援助申请的审批结果前, 您无需向本医院支付任何费用。在您的申请待处理期间, 医院不会将账目转交给催收机构。
- 如果您的财务援助申请被拒, 您有权提出上诉。您收到的医院通知中将包含上诉方式的相关信息。您或许还有权对财务援助金额提出上诉。医院会在决定书里附上上诉相关信息。
- 自您收到首张账单起至少 180 天内, 医院不得将未支付账单交给催收机构。
- 对于收入低于联邦贫困线 400% 的患者, 医院禁止采取包括提起诉讼在内的法律行动来追讨未支付的医疗费用。贫困线指南可在此处查看:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 本申请中提供的任何信息仅用于医院判定您是否具备财务援助资格, 且会在法律允许的范围
内予以保密。
- 医院不能因为您有未结清的医疗账单, 而拒绝为您提供医疗必需的服务。
- 如果您在填写本申请时需要帮助, 请致电 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692) 联系 NYC
Health + Hospitals 的财务援助办公室。
- 如果您在本申请上需要更多帮助, 或在就医院的决定提出上诉时需要协助, 可以联系社区
健康倡导者, 电话: 888-614-5400。

资格条件

医院有权自主设定收入水平高于以下规定的患者支付折扣资格标准, 及/或为符合条件的患者提供高于《公共卫生法》要求的支付折扣。此外, 在确定财务援助资格时, 移民身份不得作为一项资格标准。

以下人员符合资格:

- 无健康保险的低收入个人;或
- 保障不足的个人(过去十二个月内自付医疗费用累计超过该个人年度总收入的百分之十);或
- 已用尽健康保险福利, 且能够证明无力支付全额费用的人员;或
- 经医院酌情判断, 能够证明无力支付共付额及/或自付额的个人, 可申请降低支付金额或支付折扣。

收入不超过联邦贫困线 400% 的个人有资格获得财务援助。

联邦贫困线 (2024 年)			
家庭成员人数	200%	300%	400%
1 人	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 人	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 人	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 人	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 人	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 人	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 人	\$94,680	\$142,020	\$189,360

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

最低折扣率

如果您符合财务援助资格，您的费用将根据您的收入，按照以下浮动费率表进行减免：

收入水平	支付额
低于联邦贫困线 (Federal Poverty Level, FPL) 的 200%	免除所有费用
FPL 的 200% - 300%	无保险患者：按浮动费率减免，最高减免至 Medicaid 为该服务应支付的金额的 10%。 保障不足患者：最高减免至该患者的保险分摊费用的应支付金额的 10%。
FPL 的 301% - 400%	无保险患者：按浮动费率减免，最高减免至 Medicaid 为该服务应支付的金额的 20%。 保障不足患者：最高减免至该患者的保险分摊费用的应支付金额的 20%。

医院可以选择为符合条件的患者提供更大幅度的折扣，及/或为收入水平更高的患者提供支付折扣。

分期付款计划

对于无法一次性支付减免后费用的患者，可选择分期付款。每月还款金额不得超过患者月度总收入的 5%。若有未结清欠款，向患者收取的欠款利率不得超过 2%。

家庭收入证明要求

请提供患者本人、其配偶及任何受抚养人(如子女)的收入信息。例如,在计算家庭收入时,需涵盖同一纳税申报单上的所有人(纳税人、配偶及纳税申报中的受抚养人)。

以下是可用于证明您的收入的文件清单。您无需提供所有这些文件。如果您没有收入,也可以提供无家庭收入声明。

您还可以提供纽约州健保市场 (NY State of Health Marketplace) 的资格认定页面。如果您有此文件,则无需向医院提供以下所列的其他任何收入信息。

若家庭有以下收入:	每月金额	申请人可提供:
工资	\$	请提供一份工资单存根,或公司信笺抬头的雇主证明信(需签字并注明日期),或最近提交的所得税申报表。
社会保障金	\$	保障金授予函/证书副本,或美国社会安全局的相关信函,或年度福利函。若要索取社会保障福利函副本,可致电 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov 。
失业补偿金	\$	补偿金授予函/证书副本,或纽约州劳工部的月度福利声明,或直接支付卡复印件及打印件,或纽约州劳工部的信函,或从纽约州劳工部网站 (www.labor.state.ny.us) 打印的受助人账户信息。
伤残补助金	\$	补助金授予函/证书副本,或社会安全局的信函,或年度福利函副本。若要索取福利函副本,可致电 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov 。
工伤赔偿金	\$	赔偿金授予函或支票存根副本。

赡养费/子女抚养费	\$	法院判决书副本, 或 3 个月的兑现支票/收据。
股息/利息	\$	季度股息报表或 1 个月的对账单。
其他	\$	说明非工资收入金额(若有)的信函, 如租金收入、零工收入等。
无收入	\$	签署的无收入声明。