

## NYS یونیفارم ہسپتال کی مالی مدد کی درخواست

اگر آپ کا بیمہ نہیں ہے، اگر آپ کا بیمہ ختم ہو گیا ہے، یا اگر آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس ہے لیکن آپ کے پاس آپ کی آمدنی کے 10% سے زیادہ ادا شدہ طبی اخراجات کا ثبوت ہے تو آپ اپنے بلوں کی ادائیگی کے لیے ہسپتال کی مالی مدد کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اس فارم کو مکمل کرنے سے ہسپتال کی مالی امداد کے لیے آپ کی درخواست شروع ہو جائے گی۔ یہ فارم نیو یارک اسٹیٹ کے تمام ہسپتال استعمال کرتے ہیں۔

مریض کا نام (مکمل معلومات جو قابل اطلاق ہے)

مریض کا نام (پہلا، درمیانی، آخری)	
تاریخ پیدائش (mm/dd/yyyy)	
پتہ	اپارٹمنٹ/یونٹ #
شہر	ریاست
رابطہ فون نمبر	زپ
والدین/سرپرست یا قانونی نمائندے کا نام (اگر مریض نابالغ بچہ ہے یا معذور بالغ ہے)	
ای میل ایڈریس (اگر کوئی ہو)	

### خاندانی معلومات:

براہ کرم نیچے اپنے گھر کے تمام افراد کی فہرست بنائیں۔ آپ کے گھر والے میں آپ، آپ کی شریک حیات یا گھریلو ساتھی، اور کوئی بھی بچے یا دیگر انحصار کرنے والے شامل ہیں۔ مثال کے طور پر، اس میں ایک ہی ٹیکس ریٹرن پر درج سبھی شامل ہوں گے۔  
مجموعی آمدنی کا مطلب ہے آپ کی آمدنی اس سے پہلے کہ ٹیکس کٹوتی کی جائے۔

مجموعی آمدنی کام کی آمدنی (اجرت، تنخواہ، ٹپس، خود روزگار سے کمائی)، غیر کمائی ہوئی آمدنی (سماجی تحفظ، معذوری، اور بے روزگاری کے فوائد)، شراکت (خاندان یا دوستوں کی طرف سے فنڈز)، اور آمدنی کے دیگر ذرائع (عارضی امداد اور اضافی حفاظتی آمدنی) پر مشتمل ہو سکتی ہے۔

پورا نام	رشتہ	کل مجموعی آمدنی (موجودہ)
	خود	


ہسپتال آپ سے آمدنی کے ثبوت کے طور پر دستاویزات جمع کرانے کی درخواست کر سکتا ہے؛ دستاویزات کی مثالوں میں بے اسٹب، اگر قابل اطلاق ہو تو آپ کے آجر کا خط، یا فارم 1040 شامل ہوسکتا ہے۔

### ہیلتھ انشورنس کی حیثیت

کیا آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس کی کوئی شکل ہے، بشمول Medicaid، Medicare، یا نجی بیمہ اپنے آجر کے ذریعے یا خود خریدا گیا

ہے؟  جی ہاں  نہیں

اگر آپ نے "نہیں" کا جواب دیا تو کیا آپ ان پروگراموں میں سے کسی کے لیے درخواست دینے میں مدد چاہیں گے؟

جی ہاں  نہیں

کم بیمہ شدہ مریض: بیمہ اور زیادہ طبی اخراجات والے لوگ۔ اگر آپ کے پاس انشورنس ہے، تو براہ کرم ان میڈیکل بلوں کا تخمینہ فراہم کریں جو آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں ادا کیے ہیں۔

\$

ہسپتال آپ سے ادا شدہ طبی اخراجات کے ثبوت کے طور پر دستاویزات جمع کرانے کی درخواست کر سکتا ہے۔

مریض/ذمہ دار فریق: اگر مریض نہیں، تو فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام اور مریض کی طرف سے دستخط کرنے کا اختیار درج کریں (مثلاً، شریک حیات، والدین، قانونی نمائندہ)۔

میں سمجھتا ہوں کہ میری جمع کرائی گئی معلومات بیرونی ذرائع سے تصدیق کے تابع ہو سکتی ہیں۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ معلومات میرے بہترین علم کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔

نام پرنٹ کریں	تاریخ
مریض کے ساتھ رشتہ	
دستخط:	

## کم از کم اہلیت اور رہنما خطوط

### درخواست کی ٹائم لائن، مریض کے حقوق، اور رازداری

- آپ جمع کرنے کے عمل کے دوران کسی بھی وقت مالی امداد کے لیے درخواست دے سکتے ہیں۔
- آپ کو اس ہسپتال کو کوئی ادائیگی کرنے کی ضرورت نہیں ہے جب تک کہ آپ کو مالی امداد کے لیے اپنی درخواست پر کوئی فیصلہ نہیں مل جاتا۔ جب آپ کی درخواست زیر التواء ہو تو ہسپتال اکاؤنٹس کو جمع کرنے کے لیے آگے نہیں بھیج سکتے۔
- اگر آپ کو مالی امداد سے انکار کر دیا جاتا ہے، تو آپ کو اپیل کرنے کا حق حاصل ہے۔ ایسا کرنے کے طریقہ سے متعلق معلومات آپ کو موصول ہونے والے ہسپتال کے نوٹس میں شامل کی جائیں گی۔ آپ کو اپنی مالی امداد کی رقم پر اپیل کرنے کا حق حاصل ہو سکتا ہے۔ ہسپتال اپنے فیصلے کے خط میں اپیل کرنے کے طریقہ کے بارے میں معلومات شامل کرے گا۔
- ہسپتال آپ کے پہلے بل کے بعد کم از کم 180 دنوں تک وصولی کرنے والی ایجنسی کو غیر ادا شدہ بل نہیں بھیج سکتے۔
- ہسپتالوں کو وفاقی غربت کی سطح کے 400% سے کم مریضوں کے غیر ادا شدہ طبی بلوں کی وصولی کے لیے قانونی کارروائی کرنے سے منع کیا گیا ہے، بشمول مقدمہ دائر کرنے کے۔ غربت کے رہنما خطوط یہاں مل سکتے ہیں: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- اس درخواست میں فراہم کردہ کسی بھی معلومات کو ہسپتال صرف مالی امداد کے لیے آپ کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے استعمال کرے گا اور قانون کی طرف سے اجازت دی گئی حد تک رازدارانہ رہے گا۔
- ایک ہسپتال آپ کو طبی طور پر ضروری خدمات فراہم کرنے سے انکار نہیں کر سکتا کیونکہ آپ پر ایک بقایا طبی بل ہے۔
- اگر آپ کو اس درخواست کے ساتھ مدد کی ضرورت ہے، تو براہ کرم (1-844-692-4692) (1-844-NYC-4NYC) پر NYC Health + Hospitals کے مالی معاونت کے دفتر سے رابطہ کریں۔
- اگر آپ کو اس درخواست کے ساتھ اضافی مدد کی ضرورت ہو یا فیصلے کے لیے اپیل کرنے میں مدد کی ضرورت ہو، تو آپ کمیونٹی ہیلتھ ایڈووکیٹ سے رابطہ کر سکتے ہیں: 888-614-5400۔

### اہلیت

کچھ بھی ہسپتال کی صلاحیت کو محدود نہیں کرتا کہ وہ مریضوں کے لیے ادائیگی کی رعایتوں کے لیے اہلیت کو ان آمدنی کی سطحوں سے اوپر قائم کرے جو نیچے دی گئی ہیں اور/یا عوامی صحت کے قانون کی طرف سے درکار رعایتوں سے زیادہ رعایتیں اہل مریضوں کو فراہم کرے۔ مزید برآں، امیگریشن کی حیثیت مالی امداد کے تعین کے مقصد کے لیے اہلیت کا معیار نہیں ہوگی۔

### درج ذیل افراد اہل ہیں:

- ہیلتھ انشورنس کے بغیر کم آمدنی والے افراد؛ یا
- کم بیمہ شدہ افراد (گزشتہ بارہ مہینوں میں جمع کیے گئے طبی اخراجات جو کہ ایسے فرد کی مجموعی سالانہ آمدنی کے دس فیصد سے زیادہ ہیں)؛ یا
- وہ لوگ جنہوں نے اپنے ہیلتھ انشورنس کے فوائد ختم کر دیے ہیں، اور جو مکمل چارجز ادا کرنے میں نااہلی کا مظاہرہ کر سکتے ہیں۔ یا
- ہسپتال کی صوابدید پر، وہ افراد جو اپنی کو پے اور/یا کٹوتی کی ادائیگی میں نااہلی کا مظاہرہ کر سکتے ہیں وہ کم یا رعایتی ادائیگی کی درخواست کر سکتے ہیں۔

وفاقی غربت کی سطح کے 400% تک کے افراد مالی امداد کے اہل ہیں۔

وفاقی غربت کی سطح (2024)			
400%	300%	200%	گھرانے کا سائز
\$60,240	\$45,180	\$30,120	1 شخص
\$81,760	\$61,320	\$40,880	2 افراد
\$103,280	\$77,460	\$51,640	3 افراد
\$124,800	\$93,600	\$62,400	4 افراد
\$146,320	\$109,740	\$73,160	5 افراد
\$167,840	\$125,880	\$83,920	6 افراد
\$189,360	\$142,020	\$94,680	7 افراد

سالانہ اپ ڈیٹ: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### کم از کم ڈسکاؤنٹ کی شرح

اگر آپ مالی امداد کے لیے اہل ہیں، تو آپ کے چارجز آپ کی آمدنی کے مطابق سلائیڈنگ فیس کے پیمانے پر کم کیے جائیں گے:

ادائیگی	آمدنی کی سطح
تمام چارجز معاف کر دیں	<b>FPL 200% سے نیچے</b>
غیر بیمہ شدہ مریض: اس رقم کا 10% تک سلائیڈنگ اسکیل جو Medicaid کی طرف سے خدمت (خدمات) کے لیے ادا کی جائے گی۔ کم بیمہ والے مریض: اس رقم کا زیادہ سے زیادہ 10% تک جو اس طرح کے مریض کی انشورنس لاگت کے اشتراک کے مطابق ادا کی گئی ہوگی۔	<b>FPL 300% - 200%</b>
غیر بیمہ شدہ مریض: اس رقم کا 20% تک سلائیڈنگ اسکیل جو Medicaid کی طرف سے خدمت (خدمات) کے لیے ادا کی جائے گی۔ کم بیمہ والے مریض: اس رقم کا زیادہ سے زیادہ 20% تک جو اس طرح کے مریض کی انشورنس لاگت کے اشتراک کے مطابق ادا کی گئی ہوگی۔	<b>FPL 400% - 301%</b>

ہسپتال اہل مریضوں کے لیے زیادہ رعایتیں فراہم کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں اور/یا زیادہ آمدنی والے مریضوں کے لیے ادائیگی میں رعایت کی پیشکش کر سکتے ہیں۔

### قسط کے منصوبے

قسطوں کے منصوبے ان مریضوں کے لیے دستیاب ہیں جو ایک ہی وقت میں کم شدہ شرح ادا کرنے سے قاصر ہیں۔ ماہانہ ادائیگی آپ کی مجموعی ماہانہ آمدنی کے 5% سے زیادہ نہیں ہو سکتی اور مریض سے ادا نہ کیے گئے بیلنس پرمریض سے وصول کی جانے والی شرح سود، اگر کوئی ہے تو، 2% سے زیادہ نہیں ہوگی۔

### گھریلو آمدنی کے ثبوت کی درخواست

براہ کرم مریض، ان کی شریک حیات، اور کسی بھی زیر کفالت (جیسے بچوں) کی آمدنی کی معلومات شامل کریں۔ مثال کے طور پر، اس میں گھریلو آمدنی کے حساب کتاب میں یکساں ٹیکس ریٹرن (ٹیکس فائلر، شریک حیات، اور ٹیکس پر انحصار کرنے والے) سبھی شامل ہوں گے۔

درج ذیل دستاویزات کی فہرست ہے جو آپ اپنی آمدنی ثابت کرنے کے لیے استعمال کر سکتے ہیں۔ آپ کو یہ تمام دستاویزات فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر آپ کی کوئی آمدنی نہیں ہے تو آپ گھریلو آمدنی نہ ہونے کا بیان بھی دے سکتے ہیں۔

آپ NY اسٹیٹ آف ہیلتھ مارکیٹ پلیس سے اہلیت کے تعین کا صفحہ بھی فراہم کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کے پاس یہ دستاویز ہے، تو آپ کو نیچے دی گئی آمدنی کی کوئی اور معلومات ہسپتال کو فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

اگر گھر والے وصول کرتے ہیں:	ماہانہ رقم:	درخواست دہندہ فراہم کر سکتا ہے:
اجرت	\$	براہ کرم ایک پے چیک اسٹب، یا کمپنی کے لیٹر ہیڈ پر آجر کا خط، دستخط شدہ اور تاریخ والا، یا حال ہی میں داخل کردہ انکم ٹیکس ریٹرن فراہم کریں۔
سماجی تحفظ کی ادائیگی	\$	ایوارڈ لیٹر/سرٹیفکیٹ کی کاپی، یا یو ایس سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن سے خط و کتابت، یا سالانہ بینیفٹ لیٹر۔ اپنے سوشل سیکیورٹی بینیفٹ لیٹر کی کاپی کی درخواست کرنے کے لیے، 1-800-772-1213 پر کال کریں یا ملاحظہ کریں۔ www.ssa.gov
بے روزگاری کا معاوضہ	\$	ایوارڈ لیٹر/سرٹیفکیٹ کی کاپی، یا NYS ڈیپارٹمنٹ آف لیبر سے ماہانہ بینیفٹ سٹیٹمنٹ، یا پرنٹ آؤٹ کے ساتھ براہ راست ادائیگی کارڈ کی کاپی، یا NYS ڈیپارٹمنٹ آف لیبر سے خط و کتابت، یا NYS ڈیپارٹمنٹ آف لیبر کی ویب سائٹ سے وصول کنندہ کے اکاؤنٹ کی معلومات کا پرنٹ آؤٹ (www.labor.state.ny.us)۔
معدوری کی ادائیگی	\$	ایوارڈ لیٹر/سرٹیفکیٹ کی کاپی، یا سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن سے خط و کتابت، یا سالانہ بینیفٹ لیٹر کی کاپی۔ اپنے فائدے کے خط کی ایک نقل کی درخواست کرنے کے لیے، 1-800-772-1213 پر کال کریں یا ملاحظہ کریں۔ www.ssa.gov
مزدوروں کا معاوضہ	\$	ایوارڈ لیٹر یا چیک اسٹب کی کاپی۔

عدالتی حکم کی کاپی، یا 3 ماہ کے کیش شدہ چیک / رسیدیں۔	\$	بیوی کا خرچ / بچوں کی کفالت
سہ ماہی ڈیویڈنڈ اسٹیٹمنٹس یا 1 ماہ کے گوشوارے۔	\$	منافع / سود
غیر اجرت کی کمائی (اگر کوئی ہے) کی رقم بتانے والا خط، جیسے کرائے کی آمدنی، معمولی ملازمتوں کے لیے نقد رقم وغیرہ۔	\$	دیگر
بغیر آمدنی کے دستخط شدہ بیان۔	\$	کوئی آمدنی نہیں