

Aplikim për asistencë financiare në NYS Uniform Hospital

Ju mund të kualifikoheni për ndihmë financiare spitalore për të paguar faturat tuaja nëse nuk jeni i siguruar, nëse sigurimi juaj ka shteruar ose nëse keni sigurim shëndetësor, por keni prova të shpenzimeve mjekësore të paguara që arrijnë në total më shumë se 10% të të ardhurave tuaja. Plotësimi i këtij formulari do të fillojë kërkesën tuaj për ndihmë financiare në spital.

Ky formular përdoret nga të gjitha spitalet në shtetin e Nju Jorkut.

Ky aplikacion duhet të shtypet në gjuhët kryesore¹ që fliten nga pacientët të cilëve spitali u shërben.

Emri i pacientit (informacion i plotë që është i zbatueshëm)

Emri i pacientit (i parë, i mesëm, i fundit)		
Data e lindjes (mm/dd/yyyy)		
Adresa	Nr. i apartamentit/njesisë	
Qyteti	Shteti	Zip
Nr. i telefonit të kontaktit		
Emri i prindit/kujdestarit ose i përfaqësuesit ligjor (nëse pacienti është fëmijë i mitur ose i rritur i paaftë)		
Adresa e emailit (nëse ka)		

Informacioni i familjes:

Ju lutemi renditni më poshtë të gjithë pjesëtarët e familjes suaj. Familja juaj përfshin veten, bashkëshortin ose partnerin tuaj familjar dhe çdo fëmijë ose vartës të tjerë. Për shembull, kjo do të përfshinte të gjithë personat që listohen në të njëjtën deklaratë tatimore.

Të ardhurat bruto nënkuptojnë të ardhurat tuaja **para** taksat zbriten.

Të ardhurat bruto mund të përbëhen nga të ardhurat nga puna (paga, rroga, bakshishe, të ardhura nga vetëpunësimi), të ardhura të pafituara (sigurime shoqërore, përfitime për aftësi të kufizuara dhe papunësi), kontribute (fonde nga familja ose miqtë) dhe burime të tjera të të ardhurave (ndihmë e përkohshme dhe të ardhura plotësuese nga siguria).

Emri i plotë	Lidhja	Të ardhurat totale bruto (aktuale)
	Vetë	

¹ "Gjuhët kryesore" përfshijnë çdo gjuhë që përdoret për të komunikuar në të paktën 5% të vizitave të pacientëve në vit, ose çdo gjuhë të folur nga më shumë se 1% e popullsisë së zonës së shërbimit spitalor parësor, siç llogaritet duke përdorur informacionin demografik të disponueshëm nga Byroja e Regjistrimit të Shteteve të Bashkuara, e plotësuar nga të dhënat nga sistemet shkollore.

Spitali mund t'ju kërkojë të paraqisni dokumentacionin si vërtetim të të ardhurave; shembujt e dokumentacionit mund të përfshijnë një mandat pagese, një letër nga punëdhënësi juaj nëse është e aplikueshme, ose Formularin 1040.

Statusi i Sigurimit Shëndetësor

A keni ndonjë formë sigurimi shëndetësor, duke përfshirë Medicaid, Medicare, apo sigurim privat përmes punëdhënësit tuaj ose të blerë vetë? Po Jo

Nëse jeni përgjigjur "Jo", a do të dëshironit ndihmë për të aplikuar për ndonjë nga këto programe?

Po Jo

Pacientë të pasiguruar: persona me sigurime dhe shpenzime të larta mjekësore. Nëse keni sigurim, ju lutemi jepni një vlerësim të faturave mjekësore që keni paguar në 12 muajt e fundit.

\$

Spitali mund t'ju kërkojë të paraqisni dokumentacion si dëshmi për shpenzimet mjekësore të paguara.

Pacienti/Pala Përgjegjëse: Nëse nuk është pacienti, tregoni emrin e personit që nënshkruan formularin dhe autoritetin e tij për të nënshkruar në emër të pacientit (p.sh., bashkëshorti, prindi, përfaqësuesi ligjor).

E kuptoj që informacioni që dorëzoj mund të verifikohet nga burime të jashtme. Vërtetoj se informacioni është i vërtetë dhe i plotë për aq sa di unë.

Emri me germa të mëdha shtypi	Data
Marrëdhënia me pacientin	
Nënshkrimi	

Pranueshmëria minimale dhe udhëzimet

Afati kohor i aplikimit, të drejtat e pacientit dhe konfidencialiteti

- Ju mund të aplikoni për ndihmë financiare në çdo moment gjatë procesit të mbledhjes së parave.
- Nuk jeni të detyruar të bëni asnjë pagesë për këtë spital derisa të merrni një vendim lidhur me aplikimin tuaj për ndihmë financiare. Spitalet nuk mund t'i përcjellin llogaritë në grumbullim ndërsa aplikimi juaj është në pritje.
- Nëse ju refuzohet ndihma financiare, keni të drejtë të apeloni. Informacioni se si ta bëni këtë do të përfshihet në njoftimin që merrni nga spitali. Ju mund të keni të drejtë të apeloni shumë e ndihmës suaj financiare. Në letrën e tyre të vendimit, spitali do të përfshijë informacione se si të apeloni.
- Spitalet nuk mund t'ia dërgojnë faturat e papaguara një agjencie për mbledhjen e detyrimeve për të paktën 180 ditë pas faturës së parë.
- Spitaleve nuk u lejohet të ndër marrin veprime ligjore, duke përfshirë ngritjen e padive, për të rikuperuar faturat mjekësore të papaguara për pacientët nën 400% të nivelit federal të varfërisë. Udhëzimet për varfërinë mund të gjenden këtu: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Çdo informacion i dhënë në këtë aplikim do të përdoret nga spitali vetëm për të përcaktuar të drejtën tuaj për ndihmë financiare dhe do të mbetet konfidencial deri në masën e lejuar me ligj.
- Një spital nuk mund t'ju mohojë shërbimet e nevojshme mjekësore për shkak se keni një faturë mjekësore të papaguar.
- Nëse keni nevojë për ndihmë me këtë aplikim, ju lutemi të kontaktoni zyrën e ndihmës financiare të NYC Health + Hospitals në numrin 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692).
- Nëse keni nevojë për ndihmë shtesë me këtë aplikim ose për ndihmë në apelimin e një vendimi, mund të kontaktoni Community Health Advocates: 888-614-5400.

Kualifikueshmëria

Asgjë nuk e kufizon aftësinë e një spitali për të përcaktuar të drejtën që ka pacienti për zbritje pagese në nivele të ardhurash më të larta se ato të specifikuara më poshtë dhe/ose për të ofruar zbritje më të mëdha pagese për pacientët e kualifikuar sesa ato të kërkuara nga Ligji për Shëndetin Publik. Për më tepër, statusi i imigracionit nuk do të jetë një kriter kualifikimi për qëllimin e përcaktimit të ndihmës financiare.

Kualifikohen individët e mëposhtëm:

- Individë me të ardhura të ulëta pa sigurim shëndetësor; ose

- individë të nënsiguar (kosto mjekësore të paguara nga xhepi i tyre të akumuluar në dymbëdhjetë muajt e fundit që arrijnë në më shumë se dhjetë përqind të të ardhurave bruto vjetore të këtij individi); ose
- ata që kanë shteruar përfitimet e sigurimit shëndetësor dhe që mund të demonstrojnë se nuk kanë mundësi për të paguar të gjitha tarifat; ose
- Sipas gjykimit të spitalit, individët që mund të demonstrojnë pamundësi për të paguar bashkëpagesën dhe/ose zbritjen e tyre mund të kërkojnë një pagesë të reduktuar ose me zbritje.

Individët deri në 400% të nivelit federal të varfërisë kualifikohen për ndihmë financiare. **Nivelet Federale të Varfërisë (2026)**

Madhësia e familjes	200%	300%	400%
1 Person	\$31.920	\$47.880	\$63.840
2 Persona	\$43.280	\$64.920	\$86.560
3 Persona	\$54.640	\$81.960	\$109.280
4 Persona	\$66.000	\$99.000	\$132.000
5 Persona	\$77.360	\$116.040	\$154.720
6 Persona	\$88.720	\$133.880	\$177.440
7 Persona	\$100.080	\$150.120	\$200.160

Përditësohet çdo vit: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Normat minimale të zbritjes

Nëse kualifikoheni për ndihmë financiare, tarifat tuaja do të reduktohen sipas të ardhurave tuaja në një shkallë tarifore rrëshqitëse si më poshtë:

Niveli i të ardhurave	Pagesa
Nën 200% të FPL	Hiqni dorë nga të gjitha tarifat
200% - 300% të FPL	Pacientët e pasiguar: Shkallë rrëshqitëse deri në 10% të shumës që do të ishte paguar për shërbimin(et) nga Medicaid. Pacientët e nënsiguar: Deri në një maksimum prej 10% të shumës që do të ishte paguar në përputhje me ndarjen e kostos së sigurimit të një pacienti të tillë.
301% - 400% të FPL	Pacientët e pasiguar: Shkallë rrëshqitëse deri në 20% të shumës që do të ishte paguar për shërbimin(et) nga Medicaid. Pacientët e nënsiguar: Deri në një maksimum prej 20% të shumës që do të ishte paguar në përputhje me ndarjen e kostos së sigurimit të një pacienti të tillë.

Spitalet mund të zgjedhin të ofrojnë zbritje më të mëdha për pacientët e kualifikuar dhe/ose të ofrojnë zbritje pagese për pacientët me nivele më të larta të ardhurash.

Planet me këste

Planet me këste janë të disponueshme për pacientët të cilët nuk janë në gjendje të paguajnë njëherësh tarifën e reduktuar. Pagesat mujore nuk mund të kalojnë 5% të të ardhurave tuaja mujore bruto dhe norma e interesit që i ngarkohet pacientit në bilancin e papaguar, nëse ka, nuk duhet të kalojë 2%.

Kërkesë për vërtetim të të ardhurave familjare

Ju lutemi përfshini informacionin e të ardhurave për pacientin, bashkëshortin e tij/saj dhe çdo vartës (si p.sh. fëmijët). Për shembull, kjo do të përfshinte të gjithë në të njëjtën deklaratë tatimore (deklarues tatimor, bashkëshorti dhe vartës tatimor) në llogaritjen e të ardhurave të familjes.

Më poshtë është një listë e dokumenteve që mund të përdorni për të vërtetuar të ardhurat tuaja. Nuk jeni të detyruar të siguronit të gjitha këto dokumente. Gjithashtu mund të jepni një deklaratë për mungesën e të ardhurave shtëpiake nëse nuk keni të ardhura.

Gjithashtu mund të ofroni faqen e përcaktimit të përshtatshmërisë nga NY State of Health Marketplace. Nëse e keni këtë dokument, nuk jeni të detyruar t'i jepni spitalit ndonjë informacion tjetër lidhur me të ardhurat e përmendura më poshtë.

<u>Nëse familja merr:</u>	<u>Shuma në muaj:</u>	<u>Aplikuesi mund të sigurojë:</u>
Pagat	\$	Ju lutemi jepni një mandatpagese page ose Letër nga Punëdhënësi në letrën e kompanisë, të nënshkruar dhe të datës, ose të depozituar së fundi në deklaratën e tatimit mbi të ardhurat.
Pagesa e Sigurimeve Shoqërore	\$	Kopje e letrës/certifikatës së vendimit, ose korrespondencës nga Administrata e Sigurimeve Shoqërore e SHBA-së, ose letra e përfitimit vjetor. Për të kërkuar një kopje të letrës suaj të përfitimeve të Sigurimeve Shoqërore, telefononi 1-800-772-1213 ose vizitoni www.ssa.gov .
Kompensimi i papunësisë	\$	Kopje e letrës/certifikatës së shpërblimit, ose deklaratës mujore të përfitimeve nga Departamenti i Punës i Shtetit të Nju Jorkut, ose Kopje e Kartës së Pagesës Direkte me printim, ose Korrespondencë nga

		Departamenti i Punës i Shtetit të Nju Jorkut, ose Printim i informacionit të llogarisë së marrësit nga faqja e internetit e Departamentit të Punës të Shtetit të Nju Jorkut (www.labor.state.ny.us).
Pagesa për aftësi të kufizuara	\$	Kopje e letrës/certifikatës së çmimit, ose korrespondencës nga Administrata e Sigurimeve Shoqërore, ose kopje e letrës së përfitimit vjetor. Për të kërkuar një kopje të letrës suaj të përfitimeve, telefononi 1-800-772-1213 ose vizitoni www.ssa.gov .
Kompensimi i punëtorëve	\$	Kopje e letrës së vendimit ose mandatpagesës.
Ndihmë ushqimore/Ndihmë financiare për fëmijë	\$	Kopje e urdhrimit të gjykatës, ose 3 muaj çeqe/fatura të arkëtuara.
Dividentët/Interesat	\$	Pasqyra tremujore të dividentit ose deklarata 1 mujore.
Tjetër	\$	Letër që tregon shumën e të ardhurave jo-paga (nëse ka), të tilla si të ardhurat nga qiraja, paratë e gatshme për punë të çuditshme, etj.
Nuk ka të ardhura	\$0	Deklaratë e nënshkruar pa të ardhura.