NYC HEALTH+ HOSPITALS

# न्यूयॉर्क राज्य एकसमान अस्पताल वित्तीय सहायता आवेदन

यदि आपके पास बीमा नहीं है, आपका बीमा समाप्त हो गया है, या आपके पास स्वास्थ्य बीमा है लेकिन आपके पास ऐसे चिकित्सा खर्चों के भुगतान का प्रमाण है जो आपकी आय के 10% से अधिक हैं, तो आप अपने बिलों का भुगतान करने के लिए अस्पताल की वित्तीय सहायता के पात्र हो सकते हैं। इस फॉर्म को पूरा करने से अस्पताल की वित्तीय सहायता के लिए आपका अनुरोध शुरू हो जाएगा। इस फॉर्म का उपयोग न्यूयॉर्क राज्य के सभी अस्पतालों द्वारा किया जाता है।

*यह आवेदन अस्पताल द्वारा सेवा प्राप्त करने वाले रोगियों द्वारा बोली जाने वाली प्राथमिक[1] भाषाओं में प्रिंट किया जाना चाहिए।*

**रोगी का नाम (लागू होने वाली पूरी जानकारी दें)**

| | | |
|---|---|---|
| रोगी का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम) | | |
| जन्म तिथि (mm/dd/yyyy) | | |
| पता | अपार्टमेंट/यूनिट # | |
| शहर | राज्य | ज़िप |
| संपर्क फोन # | | |
| माता-पिता/अभिभावक या कानूनी प्रतिनिधि का नाम (यदि रोगी नाबालिग बच्चा है या अक्षम वयस्क है) | | |
| ईमेल पता (यदि कोई हो) | | |

**परिवार की जानकारी:**

कृपया नीचे अपने घर के सभी परिवार के सदस्यों की सूची दें। आपके परिवार में आप स्वयं, आपके जीवनसाथी या घरेलू साथी, और कोई भी बच्चे या अन्य आश्रित शामिल हैं। उदाहरण के लिए, एक ही टैक्स रिटर्न पर शामिल सभी लोग इसमें शामिल होंगे।

सकल आय का मतलब है कर (टैक्स) कटने से **पहले** की आपकी आय।

सकल आय में काम से होने वाली कमाई (मजदूरी, वेतन, टिप्स, स्वरोजगार से कमाई), बिना काम के होने वाली आय (सामाजिक सुरक्षा, विकलांगता, और बेरोजगारी लाभ), योगदान (परिवार या दोस्तों से मिलने वाली धनराशि), और आय के अन्य स्रोत (अस्थायी सहायता और पूरक सुरक्षा आय) शामिल हो सकते हैं।

| पूरा नाम | संबंध | कुल सकल आय (वर्तमान) |
|---|---|---|
| | स्वयं | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

[1] "प्राथमिक भाषाओं" में कोई भी ऐसी भाषा शामिल है जिसका उपयोग प्रति वर्ष कम से कम 5% रोगियों की मुलाकातों में संवाद करने के लिए किया जाता है, या प्राथमिक अस्पताल सेवा क्षेत्र की आबादी के 1% से अधिक द्वारा बोली जाने वाली कोई भी भाषा, जिसकी गणना संयुक्त राज्य जनगणना ब्यूरो (United States Bureau of the Census) से उपलब्ध जनसांख्यिकीय जानकारी का उपयोग करके की जाती है, और जिसकी स्कूल सिस्टम के डेटा द्वारा पूर्ती की जाती है।

NYC HEALTH+ HOSPITALS

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

अस्पताल आपसे आय के प्रमाण के रूप में दस्तावेज़ जमा करने का अनुरोध कर सकता है; दस्तावेज़ों के उदाहरणों में वेतन पर्ची (पे स्टब), यदि लागू हो तो आपके नियोक्ता का पत्र, या फ़ॉर्म 1040 शामिल हो सकते हैं।

**स्वास्थ्य बीमा की स्थिति**

क्या आपके पास किसी भी प्रकार का स्वास्थ्य बीमा है, जिसमें Medicaid, Medicare, या आपके नियोक्ता के माध्यम से या आपके द्वारा खरीदा गया निजी बीमा शामिल है? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि आपने "नहीं" में उत्तर दिया है, तो क्या आप इनमें से किसी भी कार्यक्रम में आवेदन करने के लिए सहायता चाहेंगे? ☐ हाँ ☐ नहीं

**अपर्याप्त बीमा वाले रोगी: ऐसे लोग जिनके पास बीमा है लेकिन चिकित्सा खर्च बहुत अधिक हैं।** यदि आपके पास बीमा है, तो कृपया पिछले 12 महीनों में आपके द्वारा भुगतान किए गए चिकित्सा बिलों का अनुमान प्रदान करें।

| |
|---|
| $ |

अस्पताल आपसे भुगतान किए गए चिकित्सा खर्चों के प्रमाण के रूप में दस्तावेज़ जमा करने का अनुरोध कर सकता है।

**रोगी/जिम्मेदार पक्ष: यदि यह रोगी स्वयं नहीं है, तो फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का नाम और रोगी की ओर से हस्ताक्षर करने के उनके अधिकार (जैसे, जीवनसाथी, माता-पिता, कानूनी प्रतिनिधि) का उल्लेख करें।**

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा जमा की गई जानकारी का बाहरी स्रोतों से सत्यापन किया जा सकता है। मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार यह जानकारी सत्य और पूर्ण है।

| | |
|---|---|
| स्पष्ट अक्षरों में नाम<br><br>रोगी से संबंध | तिथि |
| हस्ताक्षर | |

NYC HEALTH+ HOSPITALS

# न्यूनतम पात्रता और दिशानिर्देश

## आवेदन की समयसीमा, रोगी के अधिकार, और गोपनीयता

- आप संग्रह (कलेक्शन) प्रक्रिया के दौरान किसी भी समय वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं।
- जब तक आपको वित्तीय सहायता के लिए अपने आवेदन पर कोई निर्णय नहीं मिल जाता, तब तक आपको इस अस्पताल को कोई भुगतान करने की आवश्यकता नहीं है। आपका आवेदन लंबित रहने के दौरान अस्पताल आपके खाते को संग्रह (कलेक्शन) के लिए आगे नहीं बढ़ा सकते हैं।
- यदि आपको वित्तीय सहायता देने से मना कर दिया जाता है, तो आपको अपील करने का अधिकार है। ऐसा करने के तरीके के बारे में जानकारी आपको प्राप्त होने वाले अस्पताल के नोटिस में शामिल होगी। आपको अपनी वित्तीय सहायता की राशि के लिए अपील करने का अधिकार हो सकता है। अस्पताल अपने निर्णय पत्र में अपील करने के तरीके के बारे में जानकारी शामिल करेगा।
- अस्पताल आपके पहले बिल के कम से कम 180 दिनों के बाद तक किसी संग्रह एजेंसी (कलेक्शन एजेंसी) को भुगतान न किए गए बिल नहीं भेज सकते हैं।
- अस्पतालों को संघीय गरीबी स्तर के 400% से नीचे के रोगियों के बकाया चिकित्सा बिलों की वसूली के लिए कानूनी कार्रवाई करने, जिसमें मुकदमा दायर करना शामिल है, से प्रतिबंधित किया गया है। गरीबी दिशानिर्देश यहाँ पाए जा सकते हैं: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines
- इस आवेदन में प्रदान की गई किसी भी जानकारी का उपयोग अस्पताल द्वारा केवल वित्तीय सहायता के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करने के लिए किया जाएगा और यह कानून द्वारा अनुमत सीमा तक गोपनीय रहेगी।
- कोई भी अस्पताल आपको चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाओं से वंचित नहीं कर सकता क्योंकि आप पर कोई पिछला चिकित्सा बिल बकाया है।
- यदि आपको इस आवेदन के संबंध में सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया 844-692-4692 पर NYC Health + Hopsitals के वित्तीय सहायता कार्यालय से संपर्क करें।
- यदि आपको इस आवेदन के साथ अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता है या निर्णय की अपील करने में मदद चाहिए, तो आप Community Health Advocates से संपर्क कर सकते हैं: 888-614-5400.

## पात्रता

कोई भी प्रावधान अस्पताल की उस क्षमता को सीमित नहीं करता जिसके तहत वह नीचे निर्दिष्ट आय स्तरों से अधिक आय स्तरों पर भुगतान छूट के लिए रोगी की पात्रता निर्धारित कर सकता है और/या योग्य रोगियों के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून द्वारा आवश्यक छूट की तुलना में अधिक भुगतान छूट प्रदान कर सकता है। इसके अतिरिक्त, वित्तीय सहायता निर्धारित करने के उद्देश्य से आप्रवासन (इमिग्रेशन) स्थिति कोई पात्रता मानदंड नहीं होगी।

निम्नलिखित व्यक्ति पात्र हैं:

- स्वास्थ्य बीमा के बिना कम आय वाले व्यक्ति; या
- अपर्याप्त बीमा वाले व्यक्ति (पिछले बारह महीनों में जमा हुई अपनी जेब से दी गई चिकित्सा लागत, जो ऐसे व्यक्ति की सकल वार्षिक आय के दस प्रतिशत से अधिक है); या
- वे लोग जिनके स्वास्थ्य बीमा लाभ समाप्त हो गए हैं, और जो पूरा शुल्क चुकाने में अपनी असमर्थता प्रदर्शित कर सकते हैं; या

NYC HEALTH+ HOSPITALS

- अस्पताल के विवेक पर, जो व्यक्ति अपने को-पे (सह-भुगतान) और/या कटौती योग्य (डिडक्टिबल) राशि का भुगतान करने में असमर्थता प्रदर्शित कर सकते हैं, वे कम या रियायती भुगतान का अनुरोध कर सकते हैं।

संघीय गरीबी स्तर के 400% तक की आय वाले व्यक्ति वित्तीय सहायता के पात्र हैं।

| **संघीय गरीबी स्तर (2026)** | | | |
|---|---|---|---|
| **परिवार का आकार** | **200%** | **300%** | **400%** |
| 1 व्यक्ति | $31,920 | $47,880 | $63,840 |
| 2 व्यक्ति | $43,280 | $64,920 | $86,560 |
| 3 व्यक्ति | $54,640 | $81,960 | $109,280 |
| 4 व्यक्ति | $66,000 | $99,000 | $132,000 |
| 5 व्यक्ति | $77,360 | $116,040 | $154,720 |
| 6 व्यक्ति | $88,720 | $133,880 | $177,440 |
| 7 व्यक्ति | $100,080 | $150,120 | $200,160 |

प्रतिवर्ष अपडेट किया जाता है: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

## न्यूनतम छूट दरें

यदि आप वित्तीय सहायता के लिए योग्य हैं, तो आपके शुल्क को आपकी आय के अनुसार स्लाइडिंग शुल्क पैमाने के आधार पर निम्नानुसार कम किया जाएगा:

| **आय स्तर** | **भुगतान** |
|---|---|
| **200% संघीय गरीबी स्तर से नीचे** | सभी शुल्क माफ |
| **200% - 300% संघीय गरीबी स्तर** | बीमाहीन रोगी: Medicaid द्वारा सेवा(ओं) के लिए भुगतान की जाने वाली राशि के 10% तक का स्लाइडिंग पैमाना।<br><br>अपर्याप्त बीमा वाले रोगी: ऐसे रोगी के बीमा लागत साझाकरण (कॉस्ट शेयरिंग) के अनुसार भुगतान की जाने वाली राशि के अधिकतम 10% तक। |
| **301% - 400% संघीय गरीबी स्तर** | बीमाहीन रोगी: Medicaid द्वारा सेवा(ओं) के लिए भुगतान की जाने वाली राशि के 20% तक का स्लाइडिंग पैमाना।<br><br>अपर्याप्त बीमा वाले रोगी: ऐसे रोगी के बीमा लागत साझाकरण (कॉस्ट शेयरिंग) के अनुसार भुगतान की जाने वाली राशि के अधिकतम 20% तक। |

अस्पताल योग्य रोगियों को अधिक छूट प्रदान करने और/या उच्च आय स्तर वाले रोगियों के लिए भुगतान छूट देने का विकल्प चुन सकते हैं।

## किश्त योजनाएँ

किश्त योजनाएँ उन रोगियों के लिए उपलब्ध हैं जो कम की गई दर का एकमुश्त भुगतान करने में असमर्थ हैं। मासिक भुगतान आपकी सकल मासिक आय के 5% से अधिक नहीं हो सकता है और बकाया शेष राशि पर रोगी से लिया जाने वाला ब्याज, यदि कोई हो, 2% से अधिक नहीं होगा।

NYC HEALTH+ HOSPITALS

# पारिवारिक आय के प्रमाण का अनुरोध

कृपया रोगी, उनके जीवनसाथी और किसी भी आश्रित (जैसे बच्चों) की आय की जानकारी शामिल करें। उदाहरण के लिए, पारिवारिक आय की गणना में एक ही टैक्स रिटर्न (कर दाखिल करने वाले, जीवनसाथी और कर आश्रित) पर शामिल सभी लोग इसमें शामिल होंगे।

आपकी आय प्रमाणित करने के लिए आप जिन दस्तावेज़ों का उपयोग कर सकते हैं, उनकी सूची नीचे दी गई है। आपको ये सभी दस्तावेज़ प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है। यदि आपकी कोई आय नहीं है, तो आप 'कोई पारिवारिक आय नहीं' का विवरण भी प्रदान कर सकते हैं।

आप NY State of Health मार्केटप्लेस से पात्रता निर्धारण पृष्ठ भी प्रदान कर सकते हैं। यदि आपके पास यह दस्तावेज़ है, तो आपको अस्पताल को नीचे सूचीबद्ध कोई अन्य आय की जानकारी देने की आवश्यकता नहीं है।

| **यदि परिवार प्राप्त करता है:** | **प्रति माह राशि:** | **आवेदक प्रदान कर सकता है:** |
|---|---|---|
| वेतन | $ | कृपया एक पेचेक स्टब (वेतन पर्ची), या कंपनी के लेटरहेड पर नियोक्ता का हस्ताक्षरित और दिनांकित पत्र, या हाल ही में दायर आयकर रिटर्न प्रदान करें। |
| सामाजिक सुरक्षा भुगतान | $ | लाभ स्वीकृति पत्र/प्रमाणपत्र की प्रति, या यू.एस. सामाजिक सुरक्षा प्रशासन (Social Security Administration) से पत्राचार, या वार्षिक लाभ पत्र। अपने सामाजिक सुरक्षा लाभ पत्र की एक प्रति का अनुरोध करने के लिए, 1-800-772-1213 पर कॉल करें या www.ssa.gov पर जाएँ। |
| बेरोजगारी मुआवजा | $ | लाभ स्वीकृति पत्र/प्रमाणपत्र की प्रति, या न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग (NYS Department of Labor) से मासिक लाभ विवरण, या प्रिंटआउट के साथ प्रत्यक्ष भुगतान कार्ड (डायरेक्ट पेमेंट कार्ड) की प्रति, या न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग से पत्राचार, या न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग की वेबसाइट (www.labor.state.ny.us) से प्राप्तकर्ता के खाते की जानकारी का प्रिंटआउट। |
| विकलांगता भुगतान | $ | लाभ स्वीकृति पत्र/प्रमाणपत्र की प्रति, या सामाजिक सुरक्षा प्रशासन से पत्राचार, या वार्षिक लाभ पत्र की प्रति। अपने लाभ पत्र की एक प्रति का अनुरोध करने के लिए, 1-800-772-1213 पर कॉल करें या www.ssa.gov पर जाएँ। |
| कर्मचारी मुआवजा | $ | लाभ स्वीकृति पत्र (अवॉर्ड लेटर) या चेक स्टब की प्रति। |
| गुजारा भत्ता/बाल सहायता | $ | न्यायालय के आदेश की प्रति, या 3 महीने के भुनाए गए चेक/रसीदें। |
| लाभांश/ब्याज | $ | त्रैमासिक लाभांश विवरण या 1 महीने का विवरण। |
| अन्य | $ | गैर-मजदूरी आय (यदि कोई हो) की राशि बताने वाला पत्र, जैसे कि किराये की आय, छोटे-मोटे कामों के लिए नकद आदि। |
| कोई आय नहीं | $0 | आय न होने का हस्ताक्षरित विवरण। |