

## **Ujednolicony wniosek o pomoc finansową dla pacjentów szpitali w stanie Nowy Jork**

Pacjentom szpitali, którzy nie mają ubezpieczenia zdrowotnego lub mają ubezpieczenie zdrowotne, ale środki z niego zostały wyczerpane, albo których opłacone wydatki medyczne przewyższyły 10% dochodu, może przysługiwać pomoc finansowa. Wypełnienie niniejszego formularza stanowi początek procedury wnioskowania o pomoc finansową dla pacjentów szpitali. Formularz ten jest używany we wszystkich szpitalach w stanie Nowy Jork.

*Niniejszy wniosek należy wydrukować w głównych<sup>1</sup> językach używanych przez pacjentów szpitala.*

### **Imię i nazwisko pacjenta (podać informacje mające zastosowanie)**

Imię i nazwisko pacjenta (imię, drugie imię, nazwisko)		
Data urodzenia (mm/dd/yyyy)		
Adres	Nr mieszkania/lokalu	
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Numer telefonu kontaktowego		
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna lub przedstawiciela prawnego (jeśli pacjent jest niepełnoletnim dzieckiem bądź osobą dorosłą niezdolną do czynności prawnych)		
Adres e-mail (jeśli istnieje)		

### **Informacje rodzinne:**

Wymień poniżej wszystkich członków rodziny w Twoim gospodarstwie domowym. Do członków gospodarstwa domowego zalicza się wnioskodawca, jego współmałżonek lub partner, a także dzieci i inne osoby na utrzymaniu wnioskodawcy. Obejmuje to na przykład wszystkie osoby wymienione w tym samym zeznaniu podatkowym.

Dochód brutto oznacza dochód **przed** odliczeniem podatków.

Na dochód brutto mogą składać się wynagrodzenie z pracy (pensja tygodniowa lub miesięczna, napiwki, dochody z samozatrudnienia), dochody niezarobkowe (ubezpieczenie społeczne, zasiłki dla niepełnosprawnych i zasiłki dla bezrobotnych), darowizny (środki od rodziny lub znajomych) i inne źródła dochodu (tymczasowa pomoc i zapomoga uzupełniająca).

<sup>1</sup> „Główne języki” obejmują wszystkie języki używane do komunikacji podczas co najmniej 5% wizyt pacjentów rocznie lub wszystkie języki, którymi posługuje się ponad 1% populacji głównego obszaru świadczenia usług szpitalnych według obliczeń na podstawie informacji demograficznych udostępnionych przez Biuro Spisów Powszechnych Stanów Zjednoczonych (United States Bureau of the Census) i uzupełnionych o dane z systemów szkolnych.

Imię i nazwisko	Związek z pacjentem	Całkowity dochód brutto (bieżący)
	Ja	

Szpital może poprosić o przedstawienie dokumentów potwierdzających dochód. Przykładami dokumentów mogą być: odcinek wypłaty, pismo od pracodawcy (jeśli dotyczy) lub formularz 1040.

**Status ubezpieczenia zdrowotnego**

Czy masz jakiegokolwiek ubezpieczenie zdrowotne, w tym Medicaid, Medicare lub prywatne ubezpieczenie oferowane przez pracodawcę bądź wykupione samodzielnie?  Tak  Nie

W przypadku wybrania opcji „Nie”: czy chcesz uzyskać pomoc w zgłoszeniu do tych programów?

Tak  Nie

**Pacjenci niedoubezpieczeni: osoby mające ubezpieczenie i ponoszące wysokie koszty leczenia.** Jeśli masz ubezpieczenie, podaj szacunkową kwotę swoich rachunków za usługi medyczne opłaconych w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

\$

Szpital może poprosić o przedstawienie dokumentów potwierdzających poniesione wydatki medyczne.

**Pacjent/osoba odpowiedzialna: Jeśli osoba podpisująca formularz nie jest pacjentem, należy podać imię i nazwisko oraz informację o jej upoważnieniu do podpisywania w imieniu pacjenta (np. małżonek, rodzic, przedstawiciel prawny).**

Rozumiem, że podane przeze mnie informacje mogą podlegać weryfikacji przy użyciu źródeł zewnętrznych. Zaświadczam, że podane informacje są prawdziwe i kompletne według mojej najlepszej wiedzy.

Imię i nazwisko drukowanymi literami	Data
Związek z pacjentem	
Podpis	

## Minimalne wymagania kwalifikacyjne i wytyczne

### Harmonogram składania wniosku, prawa pacjenta i poufność

- O pomoc finansową można się ubiegać na dowolnym etapie procesu windykacji.
- Do otrzymania decyzji w sprawie wniosku o pomoc finansową nie musisz dokonywać żadnych płatności na rzecz szpitala. Szpitale nie mogą przekazywać należności do windykacji, dopóki wniosek nie zostanie rozpatrzony.
- W razie odmowy udzielenia pomocy finansowej masz prawo się odwołać. Informacje dotyczące sposobu odwoływania się zostaną zawarte w zawiadomieniu ze szpitala. Może Ci przysługiwać prawo do odwołania się od przyznanej kwoty pomocy finansowej. Informację o sposobie odwołania się poda szpital w swoim piśmie o decyzji.
- Szpitale nie mogą przekazywać nieopłaconych rachunków do agencji windykacyjnej przez co najmniej 180 dni od daty wystawienia pierwszego rachunku.
- Szpitalom nie wolno podejmować działań prawnych, w tym składać pozwów, w celu odzyskania kwot nieopłaconych rachunków za leczenie pacjentów, których dochód jest niższy niż 400% federalnego progu ubóstwa. Wytyczne dotyczące ubóstwa można znaleźć na stronie: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Wszelkie informacje zawarte w niniejszym wniosku zostaną wykorzystane przez szpital wyłącznie w celu ustalenia kwalifikowalności pacjenta do otrzymania pomocy finansowej i pozostaną poufne w zakresie dozwolonym przez prawo.
- Szpital nie może odmówić niezbędnych świadczeń medycznych ze względu na nieopłacony rachunek za leczenie.
- Aby uzyskać pomoc w wypełnieniu niniejszego wniosku, należy skontaktować się z biurem ds. pomocy finansowej szpitala NYC Health + Hospitals pod numerem telefonu 844-692-4692.
- Aby uzyskać dodatkową pomoc w związku z tym wnioskiem lub w odwołaniu się od decyzji, można skontaktować się z Community Health Advocates: 888-614-5400.

### Kwalifikowalność

Nic nie ogranicza możliwości szpitala w zakresie ustalania kwalifikowalności pacjentów do otrzymywania zniżek w przypadku dochodów na poziomach określonych poniżej ani udzielania kwalifikującym się pacjentom większych zniżek niż wymagane przez przepisy dotyczące zdrowia publicznego. Ponadto status imigracyjny nie będzie stanowić kryterium kwalifikowalności podczas ustalania pomocy finansowej.

Uprawnione są następujące osoby:

- osoby o niskich dochodach i niemające ubezpieczenia zdrowotnego;
- osoby niedoubezpieczone (koszty leczenia poniesione bezpośrednio przez daną osobę w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy przekraczają 10% jej rocznego dochodu brutto);
- osoby, które wyczerpały świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego i mogą wykazać, że nie są w stanie zapłacić pełnej kwoty należności;

- osoby będące w stanie wykazać swoją niezdolność do opłacenia udziału własnego lub współpłaty mogą złożyć wniosek o obniżenie płatności, który zostanie rozpatrzony według uznania szpitala.

Osoby, których dochód nie przekracza 400% federalnego progu ubóstwa, kwalifikują się do otrzymania pomocy finansowej.

<b>Federalne progi ubóstwa (2026)</b>			
<b>Wielkość gospodarstwa domowego</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
1 osoba	31 920 \$	47 880 \$	63 840 \$
2 osoby	43 280 \$	64 920 \$	86 560 \$
3 osoby	54 640 \$	81 960 \$	109 280 \$
4 osoby	66 000 \$	99 000 \$	132 000 \$
5 osób	77 360 \$	116 040 \$	154 720 \$
6 osób	88 720 \$	133 880 \$	177 440 \$
7 osób	100 080 \$	150 120 \$	200 160 \$

Aktualizowane corocznie: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### Minimalne stawki zniżek

Osobom kwalifikującym się do uzyskania pomocy finansowej zostaną obniżone opłaty w zależności od dochodu według skali suwakowej:

<b>Poziom dochodu</b>	<b>Płatność</b>
<b>Poniżej 200% federalnego progu ubóstwa</b>	Odstąpienie od pobrania wszystkich opłat
<b>200%–300% federalnego progu ubóstwa</b>	Pacjenci nieubezpieczeni: skala suwakowa sięgająca 10% kwoty, którą program Medicaid zapłaciłby za usługi.  Pacjenci niedoubezpieczeni: do 10% kwoty, która zostałaby zapłacona z tytułu współpłaty pacjenta ramach ubezpieczenia.
<b>301%–400% federalnego progu ubóstwa</b>	Pacjenci nieubezpieczeni: skala suwakowa sięgająca 20% kwoty, którą program Medicaid zapłaciłby za usługi.  Pacjenci niedoubezpieczeni: do 20% kwoty, która zostałaby zapłacona z tytułu współpłaty pacjenta ramach ubezpieczenia.

Szpitala mogą udzielić większych zniżek uprawnionym pacjentom i/lub zaoferować zniżki w płatnościach pacjentom mającym dochód na wyższym poziomie.

### Plany spłaty ratalnej

Plany spłaty ratalnej są dostępne dla pacjentów, którzy nie są w stanie opłacić jednorazowo całej obniżonej stawki. Miesięczne raty nie mogą przekraczać 5% miesięcznego dochodu brutto, a stopa odsetek naliczanych pacjentowi od ewentualnej niezapłaconej kwoty nie może przekroczyć 2%.

## Prośba o potwierdzenie dochodów gospodarstwa domowego

Prosimy podać informacje o dochodach pacjenta, jego współmałżonka i osób na utrzymaniu (np. dzieci). Obejmuje to na przykład wszystkie osoby wymienione w tym samym zeznaniu podatkowym (osoba składająca zeznanie, współmałżonek i osoby na utrzymaniu wyszczególnione do celów podatkowych) na potrzeby obliczenia dochodów gospodarstwa domowego.

Do potwierdzenia dochodów można użyć dokumentów z poniższej listy. Nie trzeba okazywać wszystkich tych dokumentów. Osoby niemające żadnych dochodów mogą również złożyć oświadczenie o braku dochodów gospodarstwa domowego.

Można także przedłożyć stronę z orzeczeniem o kwalifikowalności dostępną na giełdzie NY State of Health. Jeżeli masz ten dokument, nie musisz dostarczać szpitalowi żadnych innych informacji o niżej wymienionych dochodach.

<u>Jeżeli gospodarstwo domowe uzyskuje:</u>	<u>Kwota za miesiąc:</u>	<u>Wnioskodawca może dostarczyć:</u>
Wynagrodzenie z pracy	\$	Jeden odcinek wypłaty lub pismo od pracodawcy na papierze firmowym, podpisane i opatrzone datą, lub najnowsze zeznanie podatkowe.
Płatność z tytułu ubezpieczenia społecznego	\$	Kopia pisma/certyfikatu lub korespondencji z Urzędu ds. Ubezpieczeń Społecznych Stanów Zjednoczonych (US Social Security Administration) potwierdzającej przyznanie świadczenia lub corocznego listu informującego o świadczeniach. Aby poprosić o kopię pisma potwierdzającego wysokość świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego, zadzwoń pod numer 1-800-772-1213 lub odwiedź stronę <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Zasiłek dla bezrobotnych	\$	Kopia pisma/certyfikatu przyznającego świadczenie, miesięcznego zestawienia świadczeń z Wydziału Pracy stanu Nowy Jork (NYS Department of Labor), karty płatności bezpośrednich z wydrukiem, korespondencji z Wydziału Pracy stanu Nowy Jork albo wydruk informacji o koncie odbiorcy ze strony internetowej Wydziału Pracy stanu Nowy Jork ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Zasiłek z tytułu niepełnosprawności	\$	Kopia pisma/certyfikatu lub korespondencji z Urzędu ds. Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającej przyznanie świadczenia lub corocznego listu informującego o świadczeniach. Aby poprosić o kopię pisma potwierdzającego wysokość świadczenia, zadzwoń pod numer 1-800-772-1213 lub odwiedź stronę <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Odszkodowanie pracownicze	\$	Kopia pisma o przyznaniu odszkodowania lub odcinek czeku.
Alimenty/środki pomocowe na dziecko	\$	Kopia nakazu sądowego lub zrealizowane czeki/pokwitowania z 3 miesięcy.
Dywidendy/odsetki	\$	Kwartalne sprawozdania z dywidend lub sprawozdania za 1 miesiąc.
Inne	\$	Pismo określające wysokość dochodów pozapłacowych (jeśli takie występują), np. dochodu z wynajmu, wynagrodzenia za prace dorywcze itp.

Brak dochodu	0 \$	Podpisane oświadczenie o braku dochodu.
--------------	------	---