

Стандартное заявление на получение финансовой помощи для оплаты больничных счетов в штате Нью-Йорк

Вы можете иметь право на получение финансовой помощи для оплаты больничных счетов, если у вас нет страховки, если лимит вашего страхового покрытия исчерпан или если при наличии страховки у вас есть документ, подтверждающий оплату медицинских расходов на сумму, превышающую 10 % вашего дохода. Заполнение этой формы — это начало процедуры подачи запроса на получение финансовой помощи для оплаты больничных счетов. Эта форма используется всеми больницами в штате Нью-Йорк.

Данное заявление должно быть напечатано на основных¹ языках, на которых говорят пациенты, обслуживаемые больницей.

Имя и фамилия пациента (укажите требуемую информацию)

Имя и фамилия пациента (имя, второй инициал, фамилия)		
Дата рождения (мм/дд/гггг)		
Адрес	№ квартиры	
Город	Штат	Почтовый индекс
№ контактного телефона		
Имя и фамилия отца/матери/опекуна или законного представителя (если пациент — несовершеннолетний ребенок или недееспособный взрослый)		
Адрес электронной почты (если есть)		

Информация о семье

Укажите ниже всех членов семьи в вашем домохозяйстве. В состав вашего домохозяйства входят вы сами, ваш(-а) супруг(-а) или домашний партнер, а также дети или другие иждивенцы. Например, в домохозяйство будут входить все, кто указан в одной налоговой декларации.

Валовой доход означает ваш доход **до** вычета налогов.

Валовой доход может состоять из трудовых доходов (зарплаты, оклады, чаевые, доходы от самозанятости), нетрудовых доходов (социальные выплаты, пособия по нетрудоспособности и безработице), помощи (денежные средства от родственником или друзей) и доходов из других источников (временная помощь и дополнительный социальный доход).

Имя и фамилия	Кем вам приходится	Совокупный валовой доход (по состоянию на настоящий момент)
	Заявитель	

¹ К «основным языкам» относится любой язык, который используется для общения во время не менее 5 % визитов пациентов в год, или любой язык, на котором разговаривает более 1 % населения основного района обслуживания больницы согласно демографическим данным, имеющимся в Бюро переписи населения США (United States Bureau of the Census), и дополненными данными из школьных систем.

Больница может попросить вас предоставить документы, подтверждающие доход; примерами таких документов могут служить квитанция о начислении заработной платы, справка с места работы (если применимо) или форма 1040.

Статус в отношении медицинского страхования

Есть ли у вас какая-либо медицинская страховка, включая Medicaid, Medicare или частную страховку, приобретенную самостоятельно или через вашего работодателя? Да Нет

Если вы ответили «Нет», нужна ли вам помощь в подаче заявления на участие в любой из этих программ?

Да Нет

Пациенты с недостаточной суммой страхового покрытия: люди со страховкой и большими медицинскими расходами. Если у вас есть страховка, укажите приблизительную сумму медицинских счетов, которые вы оплатили за последние 12 месяцев.

\$

Больница может попросить вас предоставить документы, подтверждающие оплаченные медицинские расходы.

Пациент/ответственное лицо. Если это не пациент, укажите имя и фамилию лица, подписывающего форму, и его полномочие подписывать от имени пациента (например, супруг(-а), отец/мать, законный представитель).

Я понимаю, что предоставляемая мной информация может подлежать проверке с использованием внешних источников. Я подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставляемая мной информация является достоверной и полной.

Имя и фамилия разборчиво	Дата
Кем приходиться пациенту	
Подпись	

Минимальные требования и прожиточный минимум

Сроки подачи заявления, права пациентов и конфиденциальность

- Вы можете подать заявление на получение финансовой помощи в любое время на протяжении процесса взыскания задолженности.
- Вам не нужно ничего платить этой больнице, пока вы не получите решение по вашему заявлению на финансовую помощь. Больницы не могут направлять долговые требования в коллекторскую службу, пока ваше заявление находится на рассмотрении.
- Если вам будет отказано в финансовой помощи, у вас есть право подать апелляцию. Информация о том, как это сделать, будет включена в уведомление больницы, которое вы получите. У вас может быть право опротестовать сумму вашей финансовой помощи. В письме с решением больницы будет информация о том, как подать апелляцию.
- Больницы не могут отправлять неоплаченные счета в коллекторское агентство в течение как минимум 180 дней после отправки вам первого счета.
- Больницам запрещено предпринимать юридические действия, включая подачу исков в суд, для взыскания неоплаченных медицинских счетов с пациентов, чей доход составляет меньше 400 % от федерального прожиточного минимума. С данными о прожиточном минимуме можно ознакомиться здесь: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Любая информация, предоставленная в этом заявлении, будет использоваться больницей только для определения вашего права на финансовую помощь и останется конфиденциальной в той мере, в какой это разрешено законом.
- Больница не может отказать вам в необходимых медицинских услугах из-за того, что у вас есть неоплаченный счет за лечение.
- Если вам нужна помощь с заполнением этого заявления, свяжитесь с отделом финансовой помощи больницы NYC Health + Hospitals по телефону 844-692-4692.
- Если вам нужна дополнительная помощь с этим заявлением или помощь в обжаловании решения, вы можете обратиться в Community Health Advocates: 888-614-5400.

Право на получение финансовой помощи

Ничто не ограничивает право больницы устанавливать критерии для предоставления скидок на оплату пациентам, уровни дохода которых выше тех, что указаны ниже, и (или) предоставлять соответствующим установленным критериям пациентам более высокие скидки на оплату, чем те, которые требуются в соответствии с законодательством в области здравоохранения. Кроме того, иммиграционный статус не должен быть критерием при определении права на получение финансовой помощи.

Право на получение финансовой помощи имеют следующие лица:

- лица с низким доходом без медицинской страховки; или
- лица с недостаточной суммой страхового покрытия (личные расходы на медицинское обслуживание за последние двенадцать месяцев составляют более десяти процентов от валового годового дохода такого лица); или

- те, кто исчерпал лимит своего страхового покрытия и может доказать неспособность оплатить полную стоимость услуг; или
- лица, которые могут доказать неспособность оплатить свою доплату и (или) франшизу, могут, по усмотрению больницы, попросить уменьшить плату или сделать скидку.

Лица, доход которых составляет до 400 % от федерального прожиточного минимума, имеют право на финансовую помощь.

Федеральные прожиточные минимумы (2026 г.)			
Размер домохозяйства	200 %	300 %	400 %
1 человек	\$31 920	\$47 880	\$63 840
2 человека	\$43 280	\$64 920	\$86 560
3 человека	\$54 640	\$81 960	\$109 280
4 человека	\$66 000	\$99 000	\$132 000
5 человек	\$77 360	\$116 040	\$154 720
6 человек	\$88 720	\$133 880	\$177 440
7 человек	\$100 080	\$150 120	\$200 160

Суммы обновляются ежегодно: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Минимальные размеры скидок

Если вы имеете право на финансовую помощь, размер оплаты услуг будет снижен в зависимости от вашего дохода по скользящей шкале следующим образом:

Уровень дохода	Оплата
Ниже 200 % от федерального прожиточного минимума	Не требовать оплату за услуги
200 %–300 % от федерального прожиточного минимума	Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 10 % от суммы, которая была бы выплачена за услугу(-и) программой Medicaid. Пациенты с недостаточной суммой страхового покрытия: максимум до 10 % от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением расходов на страхование такого пациента.
301 %–400 % от федерального прожиточного минимума	Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 20 % от суммы, которая была бы выплачена за услугу(-и) программой Medicaid. Пациенты с недостаточной суммой страхового покрытия: максимум до 20 % от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением расходов на страхование такого пациента.

Больницы могут предоставлять более высокие скидки для соответствующих критериям пациентов и (или) предлагать скидки на оплату для пациентов с более высоким уровнем дохода.

Планы оплаты в рассрочку

Для пациентов, которые не могут выплатить сниженную сумму сразу, доступны планы оплаты в рассрочку. Ежемесячные платежи не могут превышать 5 % от вашего валового

ежемесячного дохода, а процентная ставка, взимаемая с пациента на невыплаченный остаток, если таковой имеется, не должна превышать 2 %.

Запрос на подтверждение дохода домохозяйства

Включите информацию о доходе пациента, его супруга(-и) и всех иждивенцев (например, детей). Например, к таким лицам могут относиться все, кто указан в одной налоговой декларации (лицо, подающее налоговую декларацию, супруг(-а) и иждивенцы) при расчете дохода домохозяйства.

Ниже приведен список документов, которые вы можете использовать для подтверждения своего дохода. Вам не нужно предоставлять все эти документы. Вы также можете предоставить справку об отсутствии дохода у домохозяйства, если у вас нет никакого дохода.

Вы также можете предоставить страницу определения соответствия критериям на бирже NY State of Health. Если у вас есть этот документ, вам не нужно предоставлять в больницу какую-либо другую указанную ниже информацию о доходе.

Если члены домохозяйства получают:	Сумма за месяц:	Заявитель может предоставить:
Заработную плату	\$	Предоставьте одну квитанцию о начислении заработной платы или справку с места работы на фирменном бланке компании с подписью и датой или последнюю поданную налоговую декларацию о доходах.
Социальные выплаты	\$	Копию письма/сертификата о назначении пособия или корреспонденцию от Администрации социального обеспечения США (U.S. Social Security Administration) либо предоставляемое ежегодное письмо о подтверждении пособия. Чтобы подать запрос на получение копии письма о подтверждении социального пособия, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт www.ssa.gov .
Пособие по безработице	\$	Копию письма/сертификата о назначении пособия или ежемесячную выписку о выплате пособия от Департамента труда штата Нью-Йорк (NYS Department of Labor) или копию карты прямых выплат с распечаткой или корреспонденцию от Департамента труда штата Нью-Йорк или распечатку информации о счете получателя с веб-сайта Департамента труда штата Нью-Йорк (www.labor.state.ny.us).
Пособие по нетрудоспособности	\$	Копию письма/сертификата о назначении пособия или корреспонденцию от Администрации социального обеспечения или копию предоставляемого ежегодно письма о подтверждении пособия. Чтобы подать запрос на получение копии письма о подтверждении пособия, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт www.ssa.gov .

Компенсацию работникам	\$	Копию письма о назначении компенсации или корешок чека.
Алименты / пособие на ребенка	\$	Копию постановления суда или обналиченные чеки/квитанции за 3 месяца.
Дивиденды / проценты	\$	Квартальные отчеты о выплате дивидендов или отчеты за 1 месяц
Другое	\$	Письмо с указанием суммы доходов, не связанных с заработной платой (если таковые имеются), например, доходов от аренды, наличные за случайные работы и т. д.
Дохода нет	\$0	Подписанное заявление об отсутствии дохода.