NYC HEALTH+ HOSPITALS

ریاست نیو یارک ہسپتال میں یکساں مالی معاونت کی درخواست

اگر آپ کے پاس انشورنس نہیں ہے، آپ کی انشورنس ختم ہو گئی ہے یا اگر آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس ہے، مگر آپ کے پاس ثبوت ہیں کہ ادائیگی والے طبی اخراجات آپ کی آمدن کے 10% سے زیادہ بن رہے ہیں، تو آپ اپنے بلز کی ادائیگی کے لیے ہسپتال میں مالی معاونت کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اس فارم کو مکمل کرنا ہسپتال میں مالی معاونت کی آپ کی درخواست کو شروع کرے گا۔ یہ فارم ریاست نیو یارک میں تمام ہسپتالوں کی جانب سے استعمال کیا جاتا ہے۔

اس درخواست کو ہسپتال کی خدمات حاصل کرنے والے مریضوں کی بنیادی زبانوں میں پرنٹ کیا جانا چاہیے۔[1]

مریض کا نام (مکمل قابل اطلاق معلومات)

مریض کا نام (پہلا، درمیانہ آخری)		
تاریخ پیدائش (mm/dd/yyyy)		
پتہ	اپارٹمنٹ/یونٹ #	
شہر	ریاست	زپ
رابطے کا فون #		
والد/والدہ/سرپرست یا قانونی نمائندے کا نام (اگر مریض ایک نابالغ بچہ ہے یا بلا استعداد بالغ فرد ہے)		
ای میل پتہ (اگر کوئی ہو)		

خاندان کی معلومات:

براہ کرم اپنے گھرانے میں موجود خاندان کے تمام افراد کو ذیل میں لکھیں۔ آپ کے گھرانے میں آپ، آپ کے شریک حیات یا گھریلو ساتھی اور کوئی بچے یا دیگر منحصر لوگ شامل ہیں۔ مثال کے طور پر، اس میں ایک ہی ٹیکس ریٹرن پر موجود ہر شخص شامل ہو گا۔

مجموعی آمدن سے مراد ٹیکسز کی کٹوتی سے **پہلے** آپ کی آمدنی ہے۔

مجموعی آمدنی میں کام سے کمائیاں (معاوضے، تنخواہیں، ٹپس، خود روزگار سے کمائیاں)، غیر کمائی گئی آمدنیاں (سوشل سیکورٹی، معذوری اور بےروزگاری کے بینیفٹس)، حصے ملنا (خاندان یا دوستوں سے رقوم) اور آمدنی کے دیگر ذرائع (عارضی معاونت اور سپلیمنٹل سیکورٹی کی آمدنی) شامل ہو سکتے ہیں۔

مکمل نام	تعلق	کل مجموعی آمدنی (موجودہ)
	خود	

[1] "بنیادی زبانوں" میں کوئی بھی ایسی زبان شامل ہے، جو سالانہ طور پر تشریف لانے والے کم از کم 5% مریضوں کے ساتھ بات کرنے کے لیے استعمال ہوتی ہو یا کوئی بھی ایسی زبان جو ہسپتال کی خدمت والے علاقے کی آبادی کے 1% سے زائد افراد بولتے ہوں، جیسا کہ امریکی بیورو برائے مردم شماری (United States Bureau of the Census) کے ذریعے دستیاب آبادیاتی معلومات اور اسکول سسٹمز سے اضافی تکمیلاتی ڈیٹا کے ذریعے حساب لگایا جاتا ہے۔

ہسپتال آپ سے آمدنی کے ثبوت کے طور پر دستاویزات جمع کروانے کا کہہ سکتا ہے؛ دستاویزات کی مثالوں میں ایک پے سٹب، اگر قابل اطلاق ہو تو، آپ کے آجر سے ایک خط یا فارم 1040 شامل ہو سکتے ہیں۔

ہیلتھ انشورنش کی صورتحال

کیا آپ کے پاس کسی قسم کی ہیلتھ انشورنس ہے، بشمول Medicaid، Medicare یا اپنے آجر کے ذریعے یا خود خریدی ہوئی نجی انشورنس؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

اگر آپ نے "نہیں" کا جواب دیا ہے، تو کیا آپ ان پروگراموں کے لیے درخواست دینے میں مدد حاصل کرنا چاہیں گے؟

☐ ہاں ☐ نہیں

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

$

ہسپتال آپ سے ادا کردہ طبی اخراجات کے ثبوت کے طور پر دستاویزات جمع کروانے کا کہہ سکتا ہے۔

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

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری جانب سے جمع کروائی جانے والی معلومات کی بیرونی ذرائع سے تصدیق کروائی جا سکتی ہے۔ میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہ معلومات میرے بہترین علم کے مطابق سچی اور مکمل ہیں۔

جلی حروف میں نام لکھیں مریض سے تعلق	تاریخ
دستخط	

NYC HEALTH+ HOSPITALS

کم سے کم اہلیت اور رہنماء ہدایات

درخواست کا عرصہ، مریض کے حقوق اور رازداری

- آپ وصولی کے عمل کے دوران کسی بھی وقت مالی معاونت کی درخواست کر سکتے ہیں۔
- آپ کو اس وقت تک ہسپتال کو کوئی بھی ادائیگی کرنے کی ضرورت نہیں، جب تک آپ کو اپنی مالی معاونت کی درخواست پر فیصلہ نہ وصول ہو جائے۔ ہسپتال اکاؤنٹس کو اس دوران وصولی کے لیے نہیں بھیج سکتے، جب تک آپ کی درخواست زیر التواء ہو۔
- اگر آپ کو مالی معاونت سے انکار کر دیا جاتا ہے، تو آپ کے پاس اپیل کا حق ہے۔ ایسا کرنے کے طریقے کے متعلق معلومات آپ کو ہسپتال کی جانب سے وصول ہونے والے نوٹس میں شامل ہوں گی۔ آپ کو اپنی مالی معاونت کی رقم کی مقدار پر اپیل کرنے کا حق حاصل ہو سکتا ہے۔ ہسپتال اپیل کرنے کے طریقے کے متعلق معلومات کو اپنے فیصلے کے خط میں شامل کرے گا۔
- ہسپتال غیر ادائیگی شدہ بلز کو وصولی کی ایجنسیوں کو آپ کے پہلے بل کے بعد کم از کم 180 دنوں تک نہیں بھیج سکتے۔
- ہسپتالوں کے لیے غربت کے وفاقی درجے کے 400% سے نیچے موجود مریضوں کے غیر ادائیگی شدہ طبی بلز کی وصولی کے لیے قانونی کارروائی کرنا، بشمول مقدمہ کرنا، ممنوع ہے۔ غربت کی رہنماء ہدایات یہاں پائی جا سکتی ہیں: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines
- اس درخواست میں فراہم کی گئی تمام معلومات کو ہسپتال کی جانب سے صرف مالی معاونت کے لیے آپ کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے استعمال کیا جائے گا اور قانون کی جانب سے اجازت شدہ حد تک رازدارانہ رہیں گی۔
- ایک ہسپتال آپ کے واجب الادا طبی بلز ہونے کی بنیاد پر طبی طور پر ضروری خدمات سے انکار نہیں کر سکتا۔
- اگر آپ کو اس درخواست کے حوالے سے معاونت درکار ہو، تو براہ کرم NYC Health + Hospitals کے مالی معاونت کے دفتر سے 844-692-4692 پر رابطہ کریں۔
- اگر آپ کو اس درخواست میں اضافی معاونت یا کسی فیصلے پر اپیل کرنے میں مدد کی ضرورت ہو، تو آپ Community Health Advocates سے رابطہ کر سکتے ہیں: 888-614-5400

اہلیت

کوئی بھی چیز ذیل میں وضع کردہ درجات سے زائد آمدنی کے درجات پر ادائیگی میں رعایت کے لیے مریض کی اہلیت کا تعین کرنے اور/یا اہل مریضوں کو عوامی صحت کے قانون کے تقاضے کے تحت ادائیگی میں رعایتوں سے زیادہ رعایت فراہم کرنے کی ہسپتال کی صلاحیت کو محدود نہیں کرتی۔ اس کے علاوہ، مالی معاونت کا فیصلہ کرنے کے مقصد کے لیے امیگریشن کی حیثیت اہلیت کا معیار نہیں ہو گی۔

درج ذیل افراد اہل ہیں:

- ہیلتھ انشورنس کے بغیر کم آمدنی والے افراد؛ یا
- کم انشورنس والے افراد (پچھلے بارہ مہینوں میں جیب سے ادا کردہ جمع شدہ طبی اخراجات، جو ایسے فرد کی مجموعی سالانہ آمدنی کے دس فیصد سے زیادہ بنتے ہوں)؛ یا
- وہ افراد جو اپنے ہیلتھ انشورنس کے بینیفٹس کو مکمل طور پر استعمال کر چکے ہوں اور مکمل اخراجات ادا کرنے سے قاصر ہونا ثابت کر سکتے ہوں؛ یا
- ہسپتال کی صوابدید پر، وہ افراد جو اپنی مشترکہ ادائیگی اور/یا کٹوتی ادا کرنے سے قاصر ہونے کا ثبوت دے سکتے ہوں، تخفیف شدہ یا رعایت شدہ ادائیگی کی درخواست کر سکتے ہیں۔

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

غربت کے وفاقی درجات (2026)			
گھرانے کا سائز	**200%**	**300%**	**400%**
1 فرد	$31,920	$47,880	$63,840
2 افراد	$43,280	$64,920	$86,560
3 افراد	$54,640	$81,960	$109,280
4 افراد	$66,000	$99,000	$132,000
5 افراد	$77,360	$116,040	$154,720
6 افراد	$88,720	$133,880	$177,440
7 افراد	$100,080	$150,120	$200,160

سالانہ طور پر تجدید کردہ: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

رعایت کے کم از کم ریٹس

اگر آپ مالی معاونت کے لیے اہل ہوتے ہیں، تو آپ کے اخراجات کو ایک سلائیڈنگ فی سکیل کے تحت آپ کی آمدنی کے مطابق کم کیا جائے گا، جیسا کہ ذیل میں موجود ہے:

آمدنی کا درجہ	ادائیگی
غربت کے وفاقی درجے کے 200% سے کم	تمام اخراجات سے چھوٹ
غربت کے وفاقی درجے کا 200% - 300%	بغیر انشورنس مریض: اس رقم کے 10% تک کا سلائیڈنگ اسکیل، جو Medicaid کی جانب سے سروس (سروسز) کے لیے ادا کی جاتی۔ کم انشورنس والے مریض: زیادہ سے زیادہ اس رقم کے 10% تک، جو ایسے مریض کی انشورنس کی جانب سے اخراجات کے اشتراک کے تحت ادا کی جاتی۔
غربت کے وفاقی درجے کا 301% - 400%	بغیر انشورنس مریض: اس رقم کے 20% تک کا سلائیڈنگ اسکیل، جو Medicaid کی جانب سے سروس (سروسز) کے لیے ادا کی جاتی۔ کم انشورنس والے مریض: زیادہ سے زیادہ اس رقم کے 20% تک، جو ایسے مریض کی انشورنس کی جانب سے اخراجات کے اشتراک کے تحت ادا کی جاتی۔

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

قسطوں کا منصوبہ

تخفیف شدہ ریٹ کو ایک ہی مرتبہ مکمل ادا کرنے سے قاصر مریضوں کے لیے قسطوں کے منصوبے دستیاب ہیں۔ ماہانہ ادائیگیاں آپ کی مجموعی ماہانہ آمدنی کے 5% سے زیادہ نہیں ہو سکتیں اور غیر ادائیگی شدہ بیلنس پر مریض پر لگنے والا سود، اگر کوئی ہو تو، 2% سے زیادہ نہیں بڑھ سکتا۔

NYC HEALTH+ HOSPITALS

گھرانے کی آمدنی کے ثبوت کی درخواست

براہ کرم مریض، ان کے شریک حیات اور منحصر افراد (جیسا کہ بچے) کی آمدنی کی معلومات شامل کریں۔ مثال کے طور پر، گھرانے کی آمدنی کے حساب میں ایک ہی ٹیکس ریٹرن پر موجود ہر شخص (ٹیکس فائلر، شریک حیات اور ٹیکس کے انحصار کرنے والے) شامل ہو گا۔

ذیل میں ان تمام دستاویزات کی ایک فہرست ہے، جو آپ اپنی آمدنی کو 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، تو آپ گھرانے کی آمدنی نہ ہونے کا ایک بیان بھی فراہم کر سکتے ہیں۔

آپ NY State of Health مارکیٹ پلیس کی جانب سے اہلیت کے تعین کا صفحہ بھی فراہم کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کے پاس یہ دستاویز ہو، تو آپ کو ذیل میں بیان کردہ آمدنی کی دیگر کوئی معلومات ہسپتال کو فراہم کرنے کی ضرورت نہیں۔

اگر گھرانے کو وصول ہوتی ہے:	فی مہینہ رقم:	درخواست دہندہ فراہم کر سکتے ہیں:
اجرتیں	$	براہ کرم پے چیک سٹب یا کمپنی کے لیٹرہیڈ پر آجر کی جانب سے دستخط اور تاریخ کا حامل خط یا حالیہ ترین طور پر جمع کروایا گیا انکم ٹیکس ریٹرن فراہم کریں۔
سوشل سیکورٹی کی ادائیگی	$	امریکی سوشل سیکورٹی ایڈمنسٹریشن (Social Security Administration) کی جانب سے ایوارڈ لیٹر/سرٹیفیکیٹ یا ابلاغ یا سالانہ بینیفٹ لیٹر کی ایک نقل۔ اپنے سوشل سیکورٹی بینیفٹ لیٹر کی ایک نقل کی درخواست کرنے کے لیے 1-800-772-1213 پر کال کریں یا www.ssa.gov ملاحظہ کریں۔
بے روزگاری کا معاوضہ	$	ریاست نیو یارک محکمہ مزدوراں (NYS Department of Labor) کی جانب سے ایوارڈ لیٹر/سرٹیفیکیٹ یا ماہانہ بینیفٹ اسٹیٹمنٹ کی ایک نقل یا ڈائریکٹ پیمنٹ کارڈ کے پرنٹ آؤٹ یا ریاست نیو یارک محکمہ مزدوراں کے ساتھ ابلاغ یا ریاست نیو یارک محکمہ مزدوراں کی ویب سائٹ (www.labor.state.ny.us) سے وصول کنندہ کے اکاؤنٹ کی معلومات کے ایک پرنٹ آؤٹ کی نقل۔
معذوری کی ادائیگی	$	سوشل سیکورٹی ایڈمنسٹریشن کی جانب سے ایوارڈ لیٹر/سرٹیفیکیٹ یا ابلاغ یا سالانہ بینیفٹ لیٹر کی ایک نقل۔ اپنے بینیفٹ لیٹر کی ایک نقل کی درخواست کرنے کے لیے 1-800-772-1213 پر کال کریں یا www.ssa.gov ملاحظہ کریں۔
ملازمین کے معاوضہ جات	$	ایوارڈ لیٹر یا چیک سٹب کی نقل۔
نان نفقہ/چائلڈ اسپورٹ	$	عدالتی حکم یا 3 مہینے کے نقدی وصول کردہ چیکس/رسیدوں کی نقل۔
ڈیویڈینڈز/سود	$	ڈیویڈینڈ کی سہ ماہانہ اسٹیٹمنٹس یا 1 مہینے کی اسٹیٹمنٹس۔
دیگر	$	اجرتوں کے علاوہ آمدنیوں (اگر کوئی ہوں)، جیسا کہ کرایے کی آمدنی کی رقم، چھوٹی موٹی نوکریوں سے نقد رقم وغیرہ بیان کرنے والا ایک خط
کوئی آمدنی نہیں	$0	آمدنی نہ ہونے کا دستخط شدہ بیان۔