

طلب المساعدة المالية الموحد لمستشفى NYS

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من المستشفى لدفع فواتيرك إذا كنت غير مؤمن عليك، أو إذا تم استنفاد تأمينك، أو كان لديك تأمين صحي ولكن لديك إثبات نفقات طبية مدفوعة يبلغ مجموعها أكثر من 10% من دخلك. بإكمال هذا النموذج، سيبدأ طلبك للحصول على مساعدة مالية من المستشفى. تستخدم جميع المستشفيات في ولاية نيويورك هذا النموذج.

يجب طباعة هذا الطلب باللغة الأساسية¹ التي يتحدث بها المرضى الذين يتلقون الخدمة في المستشفى.

اسم المريض (المعلومات الكاملة للمنطقة)

اسم المريض (الأول، الأوسط، الأخير)	
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	
العنوان	رقم الشقة/الوحدة
المدينة	الولاية
رقم هاتف الاتصال	الرمز البريدي
اسم ولي الأمر/الوصي أو الممثل القانوني (إذا كان المريض طفلاً قاصراً أو بالغاً غير مؤهل)	
عنوان البريد الإلكتروني (إن وُجد)	

معلومات العائلة:

يُرجى ذكر جميع أفراد أسرتك أدناه. تشمل أسرتك أنت وزوجتك أو شريكك المنزلي وأي أطفال أو معالين آخرين. على سبيل المثال، يشمل ذلك كل شخص مدرج في الإقرار الضريبي نفسه.

الدخل الإجمالي يعني دخلك قبل خصم الضرائب.

قد يتكون الدخل الإجمالي من عوائد العمل (الأجور والرواتب والإكراميات وعوائد العمل الحر) والدخل غير المكتسب (الضمان الاجتماعي وإعانات الإعاقة والبطالة) والإسهامات (الأموال المستمدة من العائلة أو الأصدقاء) ومصادر الدخل الأخرى (المساعدة المؤقتة ودخل الضمان التكميلي).

الاسم الكامل	العلاقة	إجمالي الدخل (الحالي)
	الذات	

¹ تشمل "اللغات الأساسية" أي لغة تستخدم للتواصل في 5% على الأقل من زيارات المرضى سنوياً، أو أي لغة يتحدث بها أكثر من 1% من سكان منطقة الخدمة الأساسية للمستشفى، كما يتم حسابها باستخدام المعلومات الديموغرافية المتاحة من مكتب التعداد السكاني في الولايات المتحدة، وتكملها بيانات أنظمة المدارس.

قد يطلب منك المستشفى تقديم وثائق لإثبات للدخل؛ قد تتضمن الوثائق مثلاً، قسيمة الراتب أو خطاب من صاحب العمل إن أمكن أو نموذج 1040.

حالة التأمين الصحي

هل تمتلك أي شكل من أشكال التأمين الصحي، بما في ذلك Medicaid أو Medicare أو التأمين الخاص من خلال صاحب العمل الخاص بك أو الذي اشتريته بنفسك؟ نعم لا

إذا كانت إجابتك "لا"، فهل ترغب في الحصول على المساعدة للتقدم بطلب للحصول على أي من هذه البرامج؟

نعم لا

المرضى أصحاب التأمين غير الكافي: الأشخاص الذين لديهم تأمين ونفقات طبية عالية. إذا كان لديك تأمين، يُرجى تقديم قيمة تقديرية للفواتير الطبية التي دفعتها في آخر 12 شهرًا الماضية.

\$

قد يطلب منك المستشفى تقديم وثائق لإثبات النفقات الطبية المدفوعة.

المريض/الطرف المسؤول: إذا لم تكن المريض، فاكتب اسم الشخص الذي يوقع على النموذج وسلطته في التوقيع نيابة عن المريض (على سبيل المثال، الزوج أو ولي الأمر أو الممثل القانوني).

أفهم أن المعلومات التي أقدّمها قد تخضع للتحقق من مصادر خارجية. أقر بأن المعلومات صحيحة وكاملة على حد علمي.

الاسم بأحرف واضحة	التاريخ
العلاقة بالمريض	
التوقيع	

الحد الأدنى من شروط الأهلية والمبادئ التوجيهية

الجدول الزمني للطلب وحقوق المريض والسرية

- يمكنك التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية في أي وقت من عملية التحصيل.
- لا يتعين عليك سداد أي مدفوعات لهذا المستشفى حتى تتلقى قراراً بشأن طلبك للحصول على المساعدة المالية. لا يحق للمستشفيات تحويل الحسابات إلى التحصيل ما دام طلبك قيد الانتظار.
- إذا تم رفض طلبك للحصول على المساعدة المالية، يحق لك الاستئناف. وستجد معلومات عن كيفية القيام بذلك في إشعار المستشفى الذي ستلقاه. وقد يكون لك الحق في تقديم التماس بشأن مبلغ المساعدة المالية الخاصة بك. وسيذكر المستشفى معلومات عن كيفية الاستئناف في خطاب القرار.
- لا يمكن للمستشفيات إرسال الفواتير غير المدفوعة إلى وكالة تحصيل لمدة 180 يوماً على الأقل بعد فاتورتك الأولى.
- يحظر على المستشفيات اتخاذ إجراءات قانونية، بما في ذلك رفع دعاوى قضائية، لاسترداد الفواتير الطبية غير المدفوعة للمرضى الذين يقل دخلهم عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي. ويمكن العثور على المبادئ التوجيهية بشأن الفقر هنا: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- لن يتم استخدام أي معلومات مقدمة في هذا الطلب إلا من قِبل المستشفى لتحديد أهليتك للحصول على المساعدة المالية وستظل سرية إلى الحد الذي يسمح به القانون.
- لا يمكن للمستشفى أن يحرمك من الخدمات الضرورية طبيًا لأن لديك فاتورة طبية مستحقة.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في هذا الطلب، يرجى الاتصال بالمكتب الكاثوليكي للمساعدة المالية للصحة (Catholic Health financial assistance office) على الرقم 601-3600 (716).
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في هذا الطلب أو المساعدة على استئناف قرار ما، يمكنك التواصل مع جمعية Community Health Advocates على الرقم: 888-614-5400.

الأهلية

لا شيء يحد من قدرة المستشفى على إثبات أهلية المريض للحصول على خصومات على الدفع عند مستويات دخل أعلى من المستويات المحددة أدناه و/أو تقديم خصومات على الدفع للمرضى المؤهلين أكبر من الخصومات التي يتطلبها قانون الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، لن يكون وضع الهجرة معيارًا للأهلية لغرض تحديد المساعدة المالية.

فئات الأفراد التالية مؤهلة:

- الأفراد ذوو الدخل المنخفض الذين ليس لديهم تأمين صحي؛
- الأفراد أصحاب التأمين غير الكافي (التكاليف الطبية المدفوعة من المال الخاص المتراكمة في الأشهر الاثني عشر الماضية التي تصل إلى أكثر من عشرة في المئة من إجمالي الدخل السنوي لهذا الفرد)؛
- الأفراد الذين استنفدوا مزايا التأمين الصحي الخاصة بهم، ويمكنهم إثبات عدم قدرتهم على دفع الرسوم الكاملة؛
- وفق تقدير المستشفى، يمكن للأفراد الذين يمكنهم إثبات عدم قدرتهم على دفع المدفوعات المشتركة و/أو الخصومات طلب دفعة أقل أو مخفضة.

الأفراد الذين يقل دخلهم عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي مؤهلون للحصول على المساعدة المالية.

مستويات الفقر الفيدرالي (2024)			
عدد أفراد الأسرة	200%	300%	400%
شخص واحد	\$30,120	\$45,180	\$60,240
شخصان	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 أشخاص	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 أشخاص	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 أشخاص	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 أشخاص	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 أشخاص	\$94,680	\$142,020	\$189,360

يتم تحديثها سنويًا: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

الحد الأدنى لمعدلات الخصم

إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، فستنخفض الرسوم المقررة عليك وفق ذلك على أساس مقياس رسوم متدرج على النحو التالي:

الدفع	مستوى الدخل
إسقاط جميع الرسوم	أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس متدرج يصل إلى 10% من المبلغ الذي كان سيتم دفعه مقابل الخدمة (الخدمات) من قبل Medicaid.	من 200% إلى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى أصحاب التأمين غير الكافي: ما يصل إلى 10% كحد أقصى من المبلغ الذي كان سيتم دفعه وفقاً لنظام تقاسم تكاليف التأمين الخاص بهذا المريض.	من 301% إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس متدرج يصل إلى 20% من المبلغ الذي كان سيتم دفعه مقابل الخدمة (الخدمات) من قبل Medicaid.	
المرضى أصحاب التأمين غير الكافي: ما يصل إلى 20% كحد أقصى من المبلغ الذي كان سيتم دفعه وفقاً لنظام تقاسم تكاليف التأمين الخاص بهذا المريض.	

يجوز للمستشفيات تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين و/أو تقديم خصومات على الدفع للمرضى ذوي مستويات الدخل الأعلى.

خطط التقسيط

تتوفر خطط التقسيط للمرضى غير القادرين على دفع السعر المخفض في مرة واحدة. لا يجوز أن تتجاوز الدفعات الشهرية 5% من إجمالي دخلك الشهري ويجب ألا يتجاوز معدل الفائدة المفروض على المريض على الرصيد غير المدفوع، إن وجد، نسبة 2%.

طلب إثبات دخل الأسرة

يرجى تضمين معلومات الدخل للمريض والزوج/الزوجة وأي معالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، يشمل ذلك كل شخص مذكور في الإقرار الضريبي نفسه (مقدم الإقرار، والزوج/الزوجة، والمعالين ضريبياً) في حساب دخل الأسرة.

فيما يلي قائمة بالمستندات التي يمكنك استخدامها لإثبات دخلك. ليس عليك تقديم كل هذه المستندات. يمكنك أيضاً تقديم بيان بعدم وجود دخل للأسرة إذا لم يكن لديك دخل.

يمكنك أيضاً تقديم صفحة تحديد الأهلية من السوق الصحية الخاصة بولاية نيويورك. إذا كان لديك هذا المستند، فلا يتعين عليك تقديم أي معلومات دخل أخرى مدرجة أدناه إلى المستشفى.

يمكن لمقدم الطلب تقديم:	المبلغ الشهري:	إذا كانت الأسرة تتلقى:
يرجى تقديم قسيمة راتب واحدة، أو خطاب رسمي من صاحب العمل موقع ومؤرخ، أو أحدث إقرار مقدم عن ضريبة الدخل.	\$	أجوراً
نسخة من خطاب/شهادة المنح، أو المراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية، أو خطاب الاستحقاقات السنوية. لطلب نسخة من خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي الخاص بك، اتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.ssa.gov .	\$	مبلغ ضمان اجتماعي
نسخة من خطاب/شهادة المنح، أو بيان الاستحقاقات الشهرية من NYS Department of Labor (وزارة العمل في ولاية نيويورك)، أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع نسخة مطبوعة، أو مراسلات من NYS Department of Labor (وزارة العمل في ولاية نيويورك)، أو نسخة مطبوعة من معلومات حساب المستلم من موقع NYS Department of Labor (وزارة العمل في ولاية نيويورك) (www.labor.state.ny.us).	\$	تعويض بطالة
نسخة من خطاب/شهادة المنح، أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي، أو نسخة من خطاب الاستحقاقات السنوية. لطلب نسخة من خطاب الاستحقاقات الخاص بك، اتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.ssa.gov .	\$	معونة إعاقة
نسخة من خطاب المنح أو قسيمة الشيك.	\$	تعويض العاملين
نسخة من أمر المحكمة، أو 3 أشهر من الشيكات/إيصالات الصرف.	\$	نفقة زوجة/إعالة طفل
بيان توزيعات الأرباح ربع السنوي أو بيان شهر واحد.	\$	توزيعات أرباح/فوائد
خطاب يوضح مقدار الأرباح غير المتعلقة بالأجر (إن وجدت)، مثل دخل الإيجار، ودخل الوظائف المؤقتة، وما إلى ذلك.	\$	غير ذلك
بيان موقع بعدم وجود دخل.	\$0	لا دخل

طلب إثبات دخل الأسرة

يرجى تضمين معلومات الدخل للمريض والزوج/الزوجة وأي معالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، يشمل ذلك كل شخص مذكور في الإقرار الضريبي نفسه (مقدم الإقرار، والزوج/الزوجة، والمعالين ضريبياً) في حساب دخل الأسرة.

فيما يلي قائمة بالمستندات التي يمكنك استخدامها لإثبات دخلك. ليس عليك تقديم كل هذه المستندات. يمكنك أيضاً تقديم بيان بعدم وجود دخل للأسرة إذا لم يكن لديك دخل.

يمكنك أيضاً تقديم صفحة تحديد الأهلية من السوق الصحية الخاصة بولاية نيويورك. إذا كان لديك هذا المستند، فلا يتعين عليك تقديم أي معلومات دخل أخرى مدرجة أدناه إلى المستشفى.

إذا كانت الأسرة تتلقى:	المبلغ الشهري:	يمكن لمقدم الطلب تقديم:
أجوراً	\$	يرجى تقديم قسيمة راتب واحدة، أو خطاب رسمي من صاحب العمل موقع ومؤرخ، أو أحدث إقرار مقدم عن ضريبة الدخل.
مبلغ ضمان اجتماعي	\$	نسخة من خطاب/شهادة المنح، أو المراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية، أو خطاب الاستحقاقات السنوية. لطلب نسخة من خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي الخاص بك، اتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.ssa.aov .
تعويض بطالة	\$	نسخة من خطاب/شهادة المنح، أو بيان الاستحقاقات الشهرية من NYS Department of Labor (وزارة العمل في ولاية نيويورك)، أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع نسخة مطبوعة، أو مراسلات من NYS Department of Labor (وزارة العمل في ولاية نيويورك)، أو نسخة مطبوعة من معلومات حساب المستلم من موقع NYS Department of Labor (وزارة العمل في ولاية نيويورك) www.labor.state.nv.us .
معونة إعاقة	\$	نسخة من خطاب/شهادة المنح، أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي، أو نسخة من خطاب الاستحقاقات السنوية. لطلب نسخة من خطاب الاستحقاقات الخاص بك، اتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.ssa.aov .
تعويض العاملين	\$	نسخة من خطاب المنح أو قسيمة الشيك.
نفقة زوجة/إعالة طفل	\$	نسخة من أمر المحكمة، أو 3 أشهر من الشيكات/إيصالات الصرف.
توزيعات أرباح/فوائد	\$	بيان توزيعات الأرباح ربع السنوي أو بيان شهر واحد.
غير ذلك	\$	خطاب يوضح مقدار الأرباح غير المتعلقة بالأجر (إن وجدت)، مثل دخل الإيجار، ودخل الوظائف المؤقتة، وما إلى ذلك.
لا دخل	\$0	بيان موقع بعدم وجود دخل.