

## 纽约州 (NYS) 医院经济援助统一申请表

如果您未购买保险、保险额度已用尽，或者您有健康保险但能提供已支付的医疗费用总额超过您收入 10% 的证明，则您可能符合医院经济援助的条件，用于支付您的费用账单。填写此表单将会启动您对医院经济援助的申请。纽约州所有医院均使用此表单。

**本申请表必须以医院服务的患者所使用的主要语言进行打印。**

### **患者姓名 (填写适用的完整信息)**

患者姓名 (名/中间名/姓)		
出生日期 (年/月/日)		
地址		公寓/单元号
市	州	邮政编码
联系电话		
父母/监护人或法定代理人姓名 (如果患者是未成年子女或无行为能力的成年人)		
电子邮件地址 (如有)		

### **家庭信息：**

请在下方列出您家中的所有家庭成员。您的家庭包括您本人、您的配偶或同居伴侣以及任何子女或其他受抚养人。例如，在同一份纳税申报表上列出的所有人员也包含在内。

总收入是指在扣除税项**之前的**收入。

总收入包括工作收入 (工资、薪金、小费、自雇收入)、非劳动收入 (社会保障、残疾人福利、失业救济金)、他人资助 (亲友提供的资金) 以及其他收入来源 (临时援助、补充保障收入)。

全名	关系	总收入合计 (当前)
	本人	

<sup>1</sup>“主要语言”包括每年至少在 5% 的患者就诊中用于交流的语言，或者根据美国人口普查局提供的统计数据 (并结合学校系统的数据补充) 计算出的医院主要服务区域人口中超过 1% 的人口所使用的语言。

全名	关系	总收入合计 (当前)

医院可能会要求您提交收入证明文件；证明文件的示例可能包括工资单、适用情况下雇主出具的信函或 1040 表单。

### 健康保险状态

您是否有任何形式的健康保险，包括医疗补助 (Medicaid)、医疗保险 (Medicare) 或通过雇主提供的私人保险，或自购保险？  是  否

如果您回答“否”，是否需要帮助申请这些保险项目？

是  否

**保障不足的患者：持有保险但医疗费用高昂的人员。** 如果您有保险，请提供过去 12 个月内您支付的医疗费用估算额。

\$

医院可能会要求您提交已支付医疗费用的证明文件。

**患者/责任方：如果不是患者本人，请列出表单填写者的姓名及其代表患者签名的权限（例如配偶、父母、法定代理人）。**

我理解：我提交的信息可能会由外部来源进行核实。我保证：我所提供的信息据我所知均真实完整。

患者姓名	日期：
与患者的关系	
签名	

# 最低资格条件及指南

## 申请时间线、患者权利及保密义务

- 您可以在收款程序的任何阶段申请经济援助。
- 在您收到经济援助申请的结果之前，您无需向本院支付任何款项。在您的申请待处理期间，医院不得将您的账目转交至催收机构。
- 如果您被拒绝提供经济援助，您有权提出申诉。医院将在向您提供的通知中说明有关具体操作方式的信息。您可能有权对经济援助的金额提出申诉。医院将在其决定函中说明有关如何申诉的信息。
- 医院在您收到第一笔账单后至少 **180** 天内，不得将未付账单转交给催收机构。
- 禁止医院对收入低于联邦贫困线 400% 的患者采取法律行动（包括提起诉讼），以追讨未支付的医疗账单。请查阅以下链接查阅贫困指南：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 在本申请表中提供的任何信息，仅由医院用于确定您是否有资格获得经济援助，并将在法律允许的范围内始终予以保密。
- 医院不能因为您有未结清的医疗账单，而拒绝为您提供必要的医疗服务。
- 如果您需要协助填写此申请表，请联系 UVM 健康网络的经济援助办公室，电话：(802) 847-8000 或 (800) 639-2719。
- 如果您在填写此申请表或对某项决定提出申诉时，需要额外帮助，您可以联系社区健康倡导组织 (Community Health Advocates)： 888-614-5400。

## 资格条件

医院有权在收入水平高于下述标准的情况下，为患者设定支付折扣资格，并/或根据《公共卫生法》(Public Health Law) 的要求，为符合条件的患者提供更高比例的支付折扣，此项权利不受任何限制。此外，移民身份不应作为确定经济援助资格的标准。

以下人员符合资格条件：

- 无健康保险的低收入个人；或
- 保障不足人群（指在过去十二个月内个人自付医疗费用累计超过其年度总收入百分之十的个人群体）；或
- 已用尽医疗保险福利且证明无能力支付全额费用者；或
- 经医院酌情判断，能够证明无力支付共付额和/或免赔额的个人，可申请减免款项或折扣支付。

家庭收入不超过联邦贫困线 400% 的个人，均有资格获得财务援助。

联邦贫困线标准 (2026 年度)			
家庭人口数	200%	300%	400%
1 人	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2 人	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3 人	\$54,640	\$68,300	\$109,280
4 人	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5 人	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6 人	\$88,720	\$133,080	\$177,440
7 人	\$100,080	\$150,120	\$200,160

年度更新网址: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

## 最低折扣率

若您符合获得财务援助的资格，我们将根据您的收入情况，按照以下滑动费率标准相应减免您的医疗费用：

收入水平	付款
低于联邦贫困线 (FPL) 的 200%	免除所有费用
FPL 的 200% - 300%	未投保的患者：根据滑动费率标准，减免额度最高可达医疗补助 (Medicaid) 针对该医疗服务应赔付金额的 10%。 保障不足的患者：最高不超过依据该患者保险共付额规定应支付金额的 10%。
FPL 的 301% - 400%	未投保的患者：根据滑动费率标准，减免额度最高可达医疗补助 (Medicaid) 针对该医疗服务应赔付金额的 20%。 保障不足的患者：最高不超过依据该患者保险共付额规定应支付金额的 20%。

## 分期付款计划

对于无法一次性支付减免后费用的患者，则提供分期付款方案。每月还款额不得超过您月总收入的 5%，且针对未偿余额（如有）对患者的适用利率不超过 2%。

## 家庭收入证明提交要求

请提交患者本人、配偶及所有受抚养人（如子女）的收入信息。例如，在计算家庭总收入时，应将同一纳税申报表上的所有成员（包括申报人、配偶及税务受抚养人）纳入考量范围。

以下即为可用于证明收入情况的相关文件清单。您无需提供全部所列文件。若您无任何收入，亦可提交家庭零收入声明。

您亦可提供纽约州健康保险市场平台 (NY State of Health Marketplace) 出具的资格认定页面。若您持有此份文件，则无需向医院提供下述其他任何收入证明。

若家庭领取以下补助：	每月金额：	工资收入：
工资	\$	请提供一份近期工资单、或使用公司抬头信笺并由雇主签字注明日期的在职证明、或最近一次提交的所得税申报表。
社会保障金	\$	福利核定书/证书复印件、美国社会保障管理局 (U.S. Social Security Administration) 的相关函件、或年度福利通知函。如需获取社会保障福利通知函副本，请拨打 1-800-772-1213 或访问网站 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 。
失业补偿金	\$	福利核定书/证书复印件、纽约州劳工部 (NYS Department of Labor) 出具的月度福利对账单、附带打印记录的直付卡复印件、纽约州劳工部相关函件、或纽约州劳工部官网 ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ) 受益人账户信息打印件。
伤残补助金	\$	福利核定书/证书复印件、社会保障管理局的相关函件、或年度福利通知函复印件。如需获取福利通知函副本，请致电 1-800-772-1213 或访问 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 。
工伤赔偿金	\$	福利核定书复印件或支票存根。
赡养费/子女抚养费	\$	法院判决书复印件，或近三个月的已兑现支票/收款凭证。
股息/利息	\$	季度股息结算单或月度对账单。
其他	\$	注明非工资性收入（如有）金额的证明函，例如租金收入、零工现金收入等。
无收入	\$0	无收入书面声明（需签字确认）。