

NYS एकरूप अस्पताल आर्थिक सहायता आवेदन

तपाईं बीमाविहीन हुनुहुन्छ भने, तपाईंको बीमा सुविधा समाप्त भइसकेको छ भने वा तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ तर तपाईंको आम्दानीको 10% भन्दा बढी बराबरको भुक्तान गरिएका चिकित्सा खर्चको प्रमाण छ भने, तपाईं अस्पतालको आर्थिक सहायता प्राप्त गर्न योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यो फाराम पूरा गर्नाले अस्पताल आर्थिक सहायताका लागि तपाईंको अनुरोध सुरु हुने छ। यो फाराम न्यु योर्क स्टेटमा सबै अस्पतालद्वारा प्रयोग गरिएको छ।

यो आवेदन अस्पतालले सेवा गर्ने बिरामीहरूले बोल्ने प्राथमिक¹ भाषाहरूमा छापिएको छ।

बिरामीको नाम (लागूयोग्य जानकारी पूरा गर्नुहोस्)

बिरामीको नाम (पहिलो, बिचको, अन्तिम)		
जन्ममिति (महिना/दिन/वर्ष)		
ठेगाना	अपार्टमेन्ट/युनिट #	
सहर	राज्य	जिप
सम्पर्क फोन #		
आमाबुवा/अभिभावक वा कानुनी प्रतिनिधिको नाम (बिरामी नाबालिग बच्चा वा असक्षम वयस्क हुनुहुन्छ भने)		
इमेल ठेगाना (कुनै भएमा)		

परिवारसम्बन्धी जानकारी:

कृपया आफ्नो घरपरिवारमा रहनुभएको सबै परिवारका सदस्य तल सुचिबद्ध गर्नुहोस्। तपाईंको घरपरिवारमा तपाईं स्वयं, तपाईंका जीवनसाथी वा घरेलु साझेदार, तथा कुनै पनि सन्तान वा अन्य आश्रितहरू समावेश हुन्छन्। उदाहरणका लागि, यसमा एउटै घर फिर्तीमा सूचीकृत सबै व्यक्ति समावेश हुन्छन्।

सकल आय भन्नाले करहरू घटाइने **अघि** तपाईंको आयलाई जनाउँछ।

सकल आम्दानीमा कामको आम्दानी (ज्याला, तलब, टिप्स, आत्म-रोजगारीबाट आय), अप्राप्त आम्दानी (सामाजिक सुरक्षा, असक्तता र बेरोजगारी लाभ), योगदान (परिवार वा साथीहरूबाट प्राप्त कोष) र अन्य आम्दानीका स्रोतहरू (अस्थायी सहायता र पूरक सुरक्षा आम्दानी) समावेश हुन सक्छ।

पूरा नाम	सम्बन्ध	कुल सकल आम्दानी (हालको)
	स्वयं	

¹ "प्राथमिक भाषाहरू" मा कुनै पनि भाषा समावेश हुन्छ जुन वर्षमा कम्तीमा 5% बिरामीको भ्रमणमा सञ्चार गर्न प्रयोग गरिन्छ वा कुनै पनि भाषा जुन प्राथमिक अस्पताल सेवा क्षेत्रको जनसङ्ख्याको 1% भन्दा बढीले बोल्छ, जुन संयुक्त राज्यको जनगणना ब्यूरोबाट उपलब्ध जनसांख्यिकीय जानकारीको प्रयोग गरेर गणना गरिएको छ, विद्यालय प्रणालीबाट प्राप्त डाटासँग पूरक गरिएको।

अस्पतालले तपाईंलाई आम्दानीको प्रमाणको रूपमा कागजात पेश गर्न अनुरोध गर्न सक्छ; कागजातका उदाहरणहरूमा पेरोल स्टब, कुनै लागु भएमा तपाईंको नियोक्ताबाट पत्र वा फाराम 1040 समावेश हुन सक्छ।

स्वास्थ्य बीमाको स्थिति

के तपाईंसँग कुनै प्रकारको स्वास्थ्य बीमा छ, जसमध्ये Medicaid, Medicare वा तपाईंको नियोक्ताबाट वा आफ्नै खरिद गरेको निजी बीमा पनि पर्छ? ☐ पर्छ ☐ पर्दैन

तपाईंले “होइन” जवाफ दिनुभयो भने, के तपाईंलाई यी मध्ये कुनै कार्यक्रममा आवेदन दिन सहयोग चाहिन्छ?
☐ पर्छ ☐ पर्दैन

अपर्याप्त बीमित बिरामी: बीमा भएका र उच्च चिकित्सा खर्च भएका मानिसहरू। तपाईंसँग बीमा छ भने, कृपया पछिल्ला 12 महिनामा तपाईंले तिरेका मेडिकल बिलहरूको अनुमान प्रदान गर्नुहोस्।

\$

अस्पतालले तपाईंलाई तिर्नुभएको चिकित्सकीय खर्चको प्रमाणको रूपमा कागजात पेश गर्न अनुरोध गर्न सक्छ।

बिरामी/जिम्मेवार पक्ष: बिरामी नभएमा, फाराममा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिको नाम र बिरामीको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने अधिकार उल्लेख गर्नुहोस् (जस्तै, जीवनसाथी, अभिभावक, कानुनी प्रतिनिधि)।

मैले पेश गरेको जानकारी बाह्य स्रोतहरूबाट जाँच गर्न सकिन्छ भनी बुझ्दछु। म मेरो ज्ञानअनुसार यो जानकारी सत्य र पूर्ण छ भनी प्रमाणित गर्दछु।

बिरामीको नाम	मिति:
बिरामीको सम्बन्ध	
हस्ताक्षरहस्ताक्षर	

न्यून योग्यता र दिशानिर्देशनहरू

आवेदन समयसीमा, बिरामी अधिकार र गोपनीयता

- तपाईं सङ्कलन प्रक्रियाको कुनै पनि चरणमा वित्तीय सहयोगका लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ।
- तपाईंले वित्तीय सहयोगको आवेदनको निर्णय पाइसकेसम्म यस अस्पतालमा कुनै पनि भुक्तानी गर्नु आवश्यक छैन। तपाईंको आवेदन पेन्डिङ रहेको बेला अस्पतालहरूले खाताहरू सङ्कलनकर्ता समक्ष पठाउन सक्दैनन्।
- तपाईंलाई आर्थिक सहायता अस्वीकृत गरियो भने, तपाईंलाई अपिल गर्ने अधिकार छ। यस गर्नका लागि जानकारी तपाईंले पाउने अस्पतालको सूचना पत्रमा समावेश गरिने छ। तपाईंसँग आफ्नो वित्तीय सहायताको रकम अपील गर्ने अधिकार हुन सक्छ। अस्पतालले आफ्नो निर्णय पत्रमा कसरी अपील गर्नेबारे जानकारी समावेश गर्ने छ।
- अस्पतालहरूले तपाईंको पहिलो बिलको 180 दिनसम्म भुक्तानी नगरिएका बिलहरू संकलन एजेन्सीमा पठाउन सक्दैनन्।
- संघीय गरिबी स्तरको 400% भन्दा कम आम्दानी भएका बिरामीहरूको अतिरिक्त मेडिकल बिल फिर्ता पाउन अस्पतालहरूले कानूनी कारवाही, मुद्दा दायर गर्ने काम गर्न निषेध गरिएको छ। गरिबी दिशानिर्देशनहरू यहाँ फेला पार्न सकिन्छ: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- यस आवेदनमा प्रदान गरिएको कुनै पनि जानकारी केवल अस्पतालद्वारा तपाईंको वित्तीय सहायता योग्यताको निर्धारण गर्न प्रयोग गरिने छ र कानूनले अनुमति दिएको सीमा भित्र गोप्य राखिने छ।
- तपाईंको बाँकी रहेको मेडिकल बिल भएको कारणले अस्पतालले तपाईंलाई चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरू अस्वीकृत गर्न सक्दैन।
- तपाईंलाई यस आवेदनको सहयोग आवश्यक छ भने, कृपया UVM स्वास्थ्य नेटवर्कको वित्तीय सहयोग कार्यालयमा (802) 847-8000 वा (800) 639-2719 मा सम्पर्क गर्नुहोस्।
- तपाईंलाई यस आवेदनमा थप सहयोग आवश्यक छ वा निर्णयको विरुद्धमा अपील गर्न मद्दत चाहिन्छ भने, तपाईं कम्प्युनिटी हेल्थ एडभोकेट्ससँग सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ: 888-614-5400।

योग्यता

उहाँले तल दिइएका तहहरू भन्दा उच्च आम्दानी स्तरमा बिरामीको भुक्तानी छुटको योग्यताको निर्धारण गर्न र/वा योग्य बिरामीहरूलाई सार्वजनिक स्वास्थ्य कानूनले आवश्यक परेका भन्दा बढी भुक्तानी छुट प्रदान गर्न कुनै पनि कुरा अस्पतालको क्षमता सीमित गर्दैन। थप रूपमा, आर्थिक सहायता निर्धारण गर्ने उद्देश्यका लागि आप्रवासन स्थिति योग्यता मापदण्ड हुनु हुँदैन। निम्न व्यक्ति योग्य हुनुहुन्छ:

- स्वास्थ्य बीमाविना कम आय भएका व्यक्तिहरू वा
- पूर्ण बीमा नगरिएका व्यक्तिहरू (गत बाह्र महिनामा जम्मा भएका आफ्नै खर्चबाट हुने चिकित्सा लागत जुन उक्त व्यक्तिको कुल वार्षिक आम्दानीको दश प्रतिशतभन्दा बढी हुन्छ) वा
- जसले आफ्नो स्वास्थ्य बीमा लाभ समाप्त गरिसकेका छन् र जसले पूरा शुल्क तिर्न नसक्ने क्षमता देखाउन सक्छन् वा
- अस्पतालको विवेकमा, ती व्यक्तिहरू जसले आफ्नो सह-भुक्तानी र/वा कटौतीयोग्य रकम तिर्न असमर्थता देखाउन सक्दछन्, कम वा छुट गरिएको भुक्तानीका लागि अनुरोध गर्न सक्छन्।

संघीय गरिबी स्तरको 400% सम्मका व्यक्तिहरू वित्तीय सहयोगका लागि योग्य छन्।

संघीय गरिबी स्तरहरू (2026)			
घरपरिवारको आकार	200%	300%	400%
1 जना व्यक्ति	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2 जना व्यक्ति	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3 जना व्यक्ति	\$54,640	\$68,300	\$109,280
4 जना व्यक्ति	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5 जना व्यक्ति	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6 जना व्यक्ति	\$88,720	\$133,080	\$177,440
7 जना व्यक्ति	\$100,080	\$150,120	\$200,160

वार्षिक रूपमा अद्यावधिक: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

न्यून छुटका दरहरू

तपाईं आर्थिक सहयोगका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंको शुल्क तपाईंको आम्दानीअनुसार तल दिइएको स्लाइडिङ्ग शुल्क मापकअनुसार घटाइने छ:

आय स्तर	भुक्तानी
200% FPL भन्दा कम	सबै चार्ज छुट गर्नुहोस्
200% - 300% FPL	बीमा नगरिएका बिरामीहरू: स्लाइडिङ्ग स्केल Medicaid द्वारा सेवाका लागि तिर्नुपर्ने रकमको 10% सम्मको हुने छ। अपूर्ण बीमा भएका बिरामीहरू: त्यस्तो बिरामीको बीमा लागत साझेदारीअनुसार तिर्ने रकमको अधिकतम 10% सम्म
301% - 400% FPL	बीमा नगरिएका बिरामीहरू: स्लाइडिङ्ग स्केल Medicaid द्वारा सेवाका लागि तिर्नुपर्ने रकमको 20% सम्मको हुने छ। अपूर्ण बीमा भएका बिरामीहरू: त्यस्तो बिरामीको बीमा लागत साझेदारीअनुसार तिर्ने रकमको अधिकतम 20% सम्म।

किस्ता योजनाहरू

कम गरिएको शुल्क एकैसाथ तिर्न नसक्ने बिरामीहरूका लागि किस्ता योजनाहरू उपलब्ध छन्। मासिक भुक्तानी तपाईंको कुल मासिक आम्दानीको 5% भन्दा बढी हुन सक्दैन र बाँकी अदायगीमा बिरामीबाट लिइने ब्याज दर, भएमा, 2% भन्दा बढी हुन सक्दैन।

घरेलु आम्दानीको प्रमाणका लागि अनुरोध

कृपया बिरामी, तिनका जीवनसाथी र कुनै आश्रित (जस्तै बालबालिका) को आम्दानी विवरण समावेश गर्नुहोस्। उदाहरणका लागि, यसले घरपरिवार आम्दानीको गणनामा एउटै कर फाराम रहेका सबैलाई (करदाता, जीवनसाथी र करमा निर्भर व्यक्ति) समावेश गर्ने छ।

तपाईं आफ्नो आम्दानी पुष्टि गर्न प्रयोग गर्न सक्ने कागजातहरूको सूची निम्नानुसार छ। तपाईंले यी सबै कागजात उपलब्ध गराउनु आवश्यक छैन। तपाईंसँग कुनै आम्दानी छैन भने तपाईंले घरपरिवार नभएको बयान पनि दिन सक्नुहुन्छ।

तपाईंले NY State of Health Marketplace बाट योग्यता निर्धारण पृष्ठ पनि प्रदान गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंसँग यो कागजात छ भने, तपाईंले तल सूचीबद्ध कुनै पनि अन्य आम्दानीसम्बन्धी जानकारी अस्पताललाई प्रदान गर्न आवश्यक छैन।

घरपरिवारले निम्न प्राप्त गर्नुहुन्छ:	प्रति महिनाको रकम:	निवेदनले निम्न प्रदान गर्न सक्नुहुन्छ:
ज्याला	\$	कृपया एउटा पेचेक स्टब वा कम्पनीको लेटरहेडमा रोजगारदाताबाट प्रमाणित र मिति गरिएको पत्र वा हालै दाखिला गरिएको आयकर फिर्ती पेश गर्नुहोस्।
सामाजिक सुरक्षा नम्बर	\$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि वा अमेरिकी पत्राचार। सामाजिक सुरक्षा प्रशासन वा वार्षिक लाभ पत्र। आफ्नो सामाजिक सुरक्षाको लाभपत्रको प्रतिलिपि माग गर्न, 1-800-772-1213 मा कल गर्नुहोस् वा www.ssa.gov मा जानुहोस्।
बेरोजगारी क्षतिपूर्ति	\$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि वा NYS श्रम विभागबाट मासिक लाभ विवरण वा प्रत्यक्ष भुक्तानी कार्डको प्रतिलिपिसहित प्रिन्टआउट, वा NYS श्रम विभागबाट पत्राचार, वा NYS श्रम विभागको वेबसाइट (www.labor.state.ny.us) बाट प्राप्तकर्ताको खाता जानकारीको प्रिन्टआउट।
असक्षमता भुक्तानी	\$	पुरस्कार पत्र/सर्टिफिकेटको प्रतिलिपि वा सामाजिक सुरक्षा प्रशासनबाटको पत्राचार वा वार्षिक लाभ पत्रको प्रतिलिपि। आफ्नो लाभपत्रको प्रतिलिपि माग गर्न, 1-800-772-1213 मा कल गर्नुहोस् वा www.ssa.gov मा जानुहोस्।
कामदारहरूको क्षतिपूर्ति	\$	पुरस्कार पत्र वा चेक स्टबको प्रतिलिपि।
निर्वाह व्यय/बाल सहायता	\$	कोर्ट आदेशको प्रतिलिपि वा 3 महिनाका नगद चेक/रसिदहरू।
नाफा/व्याज	\$	त्रैमासिक लाभांश विवरण वा 1 महिनाको विवरण।
अन्य	\$	सहायक आम्दानीको (कुनै छ भने) रकम बताउने पत्र, जस्तै भाडाबाट प्राप्त आम्दानी, अस्थायी कामका लागि नगद, आदि।
आम्दानी छैन	\$0	आय नभएको हस्ताक्षरित बयान।