

## الرعاية المجانية

يمكنكم الحصول على رعاية مجانية (دفع 0\$) إذا كان دخل أسرتم أقل من 250% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL). في عام 2026، يجب أن يكون دخلكم أقل من:

حجم الأسرة	الحد الأقصى للدخل
شخص واحد	39,900\$
شخصان	54,100\$
3 أشخاص	68,300\$
4 أشخاص	82,500\$
5 أشخاص	96,700\$
6 أشخاص	110,900\$
7 أشخاص	125,100\$
8 أشخاص	139,300\$

## ملخص السياسة

احصل على المساعدة في سداد تكاليف الرعاية الصحية.

لدينا برنامج للمساعدة المالية لمساعدتك على تحمّل تكلفة الرعاية التي تحتاجها.

ما هو برنامج المساعدة المالية؟

نحن نقدّم المساعدة المالية للأشخاص الذين لا يملكون تأمينًا صحيًا. كما نقدّم المساعدة للأشخاص الذين لديهم تأمين صحي ولكن لا يستطيعون تحمّل التكاليف التي تقع على عاتقهم. يمكن استخدام البرنامج لتغطية الرعاية المستمرة وكذلك الحالات الطارئة. ويجب أن تكون الرعاية ضرورية طبياً لصحتكم حتى تتم الموافقة على المساعدة.

من يمكنه الحصول على المساعدة المالية؟

للتأهل:

- يعتمد الاستحقاق على مستوى الدخل؛ يُرجى مراجعة طلب التقديم لمعرفة المستندات المطلوبة.
- يجب أن تكونوا "مقيمين في ولاية نيويورك" — ويشمل ذلك الطلاب، والأشخاص العاملين في نيويورك، والمهاجرين غير الموثقين، والأشخاص المقيمين في نيويورك ولكن ليس لديهم سكن مستقر.
- ولا يشمل ذلك الزائرين أو المسافرين إلا إذا كانت الرعاية في حالة طارئة.
- يجب أن يكون دخلكم أقل من الحد المسموح به. هناك حدود مختلفة للدخل فيما يخص الرعاية المجانية والرعاية منخفضة التكلفة. يُرجى الاطلاع على الجداول.

## حدود الدخل

ابحثوا عن حجم أسرتم ودخلكم في الجداول أدناه. بالنسبة لمعظم الأشخاص، يُقصد بحجم الأسرة الأفراد المدرجين في إقراركم الضريبي. إذا كان دخلكم أعلى من الحد المؤهل للرعاية المجانية، فقد تكونون مؤهلين للحصول على رعاية منخفضة التكلفة.

## الرعاية منخفضة التكلفة

إذا كان دخل أسرتم أقل من 400% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)، فقد تكونون مؤهلين للحصول على خصم. في عام 2026، يجب أن يكون دخلكم أقل من:

حجم الأسرة	الحد الأقصى للدخل
شخص واحد	63,840\$
شخصان	86,560\$
3 أشخاص	109,280\$
4 أشخاص	132,000\$
5 أشخاص	154,720\$
6 أشخاص	177,440\$
7 أشخاص	200,160\$
8 أشخاص	222,880\$

## الرعاية الكارثية

اسألونا عن الرعاية الكارثية (في حالات الإصابة أو المرض الخطير) إذا كنتم مدينين للمستشفى بمبالغ كبيرة، ولكن دخلكم مرتفع جدًا بحيث لا يؤهلكم للحصول على رعاية مجانية أو منخفضة التكلفة. يتاح هذا النوع من المساعدة للمرضى الذين تزيد أرصدتهم المستحقة على 20% من الدخل السنوي لأسرهم. يمكننا مساعدتكم في تحديد مدى أهليتكم.

مزيد من المعلومات في الخلف

## الخدمات المشمولة

- الخدمات الطبية الطارئة المقدمة في قسم الطوارئ؛
- الخدمات العاجلة لحالة قد تؤدي، إذا لم تُعالج فوراً، إلى تدهور الحالة الصحية؛ و
- الخدمات الاختيارية الضرورية طبيًا.

## الخدمات غير المشمولة

- الخدمات التجميلية/الجراحية التجميلية؛
- خدمات العقم/الخصوبة؛
- الرعاية غير الضرورية طبيًا؛
- الخدمات البحثية/التجريبية؛
- رعاية المرضى الدوليين، ما لم تُقدّم في غرفة الطوارئ ويقصد بذلك الزائرين غير المقيمين.

## كيفية التقديم

يمكنكم التقديم قبل أو بعد الحصول على الخدمات الطبية. إذا قدمتم بعد الحصول على الخدمات، فيجب القيام بذلك خلال سنة واحدة من تاريخ استلام أول فاتورة.

اتبعوا هذه الخطوات:

### 1. احصلوا على طلب مجاني.

○ شخصيًا: 8 Williams Street, Elizabethtown, NY 12932

○ عبر الإنترنت: [المساعدة المالية | University of Vermont Health](#)

[Vermont Health](#)

○ رقم الهاتف: اتصل على: 800-847-8000 (802)

2. **املأوا طلب التقديم.** يُمنع ترك أي قسم فارغ. أرفقوا المستندات الداعمة كما هو موضح في الطلب.

3. **قدّموا أو أرسلوا إلينا طلبكم المكتمل.**

○ سلموه على العنوان: 8 Williams Street,

Elizabethtown, NY 12932

○ أرسلوه إلى:

University of Vermont Health Network

Financial Assistance Program

Patient Access Department IDX 22052

Colchester Avenue 111

Burlington, VT 05401

ستتلقون منا خطابًا خلال 30 يومًا. سيُبيّن الخطاب ما إذا تمت الموافقة على طلبكم، أو رفضه، أو إذا كنتم بحاجة إلى إرسال مزيد من المعلومات.

إذا تم رفض طلبكم، يمكنكم استئناف القرار. ويجب إرسال طلبات الاستئناف كتابيًا إلى قسم المساعدة المالية للمرضى خلال 60 يومًا من تاريخ رفض الطلب، على أن تتضمن سبب الاستئناف.

## كيفية الحصول على المساعدة في تعبئة طلب

### التقديم

○ يمكنكم زيارة مكتب الاستشارات المالية لدينا للحصول على الدعم.

8 Williams St, Elizabethtown, NY 12932

○ الاتصال على: (802) 847-8000

## الدعم اللغوي المجاني

نحن نقدم مساعدة مجانية للأشخاص الذين لديهم احتياجات تواصلية أو لغوية. كما يمكننا المساعدة في توفير هذه المعلومات بطرق مختلفة. للحصول على خدمات الترجمة الشفوية والدعم اللغوي، يُرجى الاتصال على: (518) 873-3139.

## مزيد من المعلومات

### من يقبل المساعدة المالية؟

ليست جميع جهات تقديم الرعاية مشمولة بسياسة المساعدة المالية لدينا. يُرجى الاطلاع على قائمتنا هنا: [قائمة المساعدات المالية | University of Vermont Health](#) يمكنكم أيضًا الاستفسار منا عن طبيبتكم.

### أقرأوا السياسة الكاملة

هذا ملخص مبسط لسياسة المساعدة المالية لدينا. يمكنكم الاطلاع

على السياسة الكاملة هنا: [المساعدة المالية | University of Vermont Health](#)

[Vermont Health](#)

## عدم التمييز

نحن لا نمارس أي تمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجندرية، أو الحالة الاجتماعية، أو الدين، أو الأصل العائلي، أو الأصل القومي، أو الجنسية، أو وضع الهجرة، أو اللغة الأساسية، أو الإعاقة، أو الحالة الطبية، أو المعلومات الجينية.