

طلب المساعدة المالية الموحد لمستشفيات ولاية نيويورك

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من المستشفى لغطية فواتيرك الطبية إذا كنت غير مؤمن صحيًا، أو إذا استندت تغطية التأمين الخاصة بك، أو إذا كان لديك تأمين صحي ولكن يمكنك إثبات أنك دفعت نفقات طبية تتجاوز 10% من دخلك. بمجرد إكمال هذا النموذج ستبدأ طلبك للحصول على المساعدة المالية من المستشفى. يستخدم هذا النموذج جميع المستشفيات في ولاية نيويورك.

يجب طباعة هذا الطلب **باللغات الأساسية¹** التي يتحدث بها المرضى الذين تخدمهم المستشفى.

اسم المريض (يرجى استكمال جميع الحقول التي تنطبق)

الاسم الكامل (الاسم الأول، الأوسط، اسم العائلة)		
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)		
رقم الشقة / الوحدة	العنوان	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
رقم هاتف الاتصال		
اسم الوالد / الوصي القانوني أو الممثل القانوني (إذا كان المريض طفلاً قاصراً أو شخصاً بالغاً غير قادر قانونياً)		
عنوان البريد الإلكتروني (إن وجد)		

معلومات الأسرة:

يرجى إدراج جميع أفراد الأسرة المقيمين في نفس المنزل. يشمل أفراد الأسرة: نفسك، وزوجك/زوجتك أو الشريك/الشريك، وأيأطفال أو معالين آخرين. على سبيل المثال، يشمل ذلك جميع الأشخاص المدرجين في نفس الإقرار الضريبي. الدخل الإجمالي هو الدخل قبل خصم الضرائب.

قد يشمل الدخل الإجمالي، دخل العمل (الأجور، الرواتب، الإكراميات، دخل العمل الحر)، الدخل غير المكتسب (الضممان الاجتماعي، إعانت الإعاقة، إعانت البطالة)، المساهمات (مساعدات مالية من الأسرة أو الأصدقاء)، مصادر دخل أخرى (المساعدات المؤقتة ودخل الضمان التكميلي).

الاسم الكامل	صلة القرابة	إجمالي الدخل الإجمالي (الحالي)
	نفسها	

قد تطلب المستشفى تقديم مستندات لإثبات الدخل، مثل: قسيمة راتب، خطاب من جهة العمل (إن وجد)، نموذج الإقرار الضريبي 1040.

¹ "اللغات الأساسية" تشمل أي لغة تُستخدم للتواصل فيما لا يقل عن 5% من زيارات المرضى سنوياً، أو أي لغة يتحدث بها أكثر من 1% من سكان منطقة الخدمة الأساسية للمستشفى، وذلك استناداً إلى البيانات الديموغرافية المتاحة من مكتب الإحصاء الأمريكي، مع الاستعانة ببيانات إضافية من أنظمة المدارس.

حالة التأمين الصحي

هل لديك أي نوع من التأمين الصحي، بما في ذلك Medicare أو Medicaid أو تأمين خاص من جهة العمل أو تم شراؤه بشكل فردي؟

نعم لا

إذا كانت إجابتك "لا"، هل ترغب في الحصول على مساعدة للتقديم على أي من هذه البرامج؟

نعم لا

المرضى ذوي التأمين غير الكافي: وهم الأشخاص الذين لديهم تأمين صحي ولكن لديهم نفقات طبية مرتفعة. إذا كان لديك تأمين، يرجى تقديم تقدير لمبالغ الفوائير الطبية التي دفعتها خلال الـ 12 شهراً الماضية.

\$

قد تطلب المستشفى مستندات لإثبات النفقات الطبية المدفوعة.

المريض / الطرف المسؤول: إذا لم يكن الموقع هو المريض، يرجى ذكر اسم الشخص الذي يوقع على هذا النموذج، وسبب صلاحته للتوقيع نيابةً عن المريض (مثل: زوج/زوجة، والد/والدة، ممثل قانوني).

أقر بــ المعلومات التي أقدمها قد تخضع للتحقق من مصادر خارجية. وأشهد بأن جميع المعلومات الواردة صحيحة وكاملة حسب علمي.

اسم المريض	التاريخ:
صلة القرابة بالمريض	
التوقيع	

الحد الأدنى للأهلية والإرشادات

الجدول الزمني للتقديم، حقوق المريض، والسرية

- يمكنك التقديم للحصول على المساعدة المالية في أي وقت خلال عملية التحصيل.
- لست ملزمًا بسداد أي دفعه للمستشفى إلى أن تتفق قرارًا بخصوص طلب المساعدة المالية. لا يجوز للمستشفيات إحالة الحسابات إلى جهات التحصيل أثناء النظر في طلبك.
- في حال رفض طلب المساعدة المالية، يحق لك تقديم طعن. سيتم تضمين معلومات حول كيفية القيام بذلك في إشعار المستشفى الذي سنتقامه. قد يكون لديك الحق في الطعن على قيمة المساعدة المالية الممنوحة لك. ستدرج المستشفى معلومات حول كيفية تقديم الطعن في خطاب القرار الذي يصلك.
- لا يجوز للمستشفيات إرسال الفواتير غير المسددة إلى وكالات التحصيل لمدة لا تقل عن 180 يومًا من تاريخ إصدار أول فاتورة.
- كما يُحظر على المستشفيات اتخاذ أي إجراءات قانونية، بما في ذلك رفع دعوى قضائية، لتحصيل الفواتير الطبية غير المدفوعة من المرضى الذين يقل دخلهم عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي. يمكن الاطلاع على إرشادات مستوى الفقر هنا:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- ستستخدم أي معلومات يتم تقديمها في هذا الطلب حصرًا من المستشفى لتحديد أهليتك للحصول على المساعدة المالية، وستظل سرية إلى الحد الذي يسمح به القانون.
- لا يجوز للمستشفى رفض تقديم الخدمات الطبية الضرورية لك بسبب وجود فاتورة طبية غير مدفوعة.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئة هذا الطلب، يرجى التواصل مع مكتب المساعدة المالية لشبكة UVM Health Network على الرقم 847-8000 (802) أو 639-2719 (800).
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في هذا الطلب أو في الطعن على القرار، يمكنك التواصل مع Community Health Advocates على الرقم: 888-614-5400.

الأهلية

لا يوجد ما يحدّ من قدرة المستشفى على تحديد أهلية المرضي للحصول على خصومات على المدفوعات عند مستويات دخل أعلى من تلك المحددة أدناه، أو على تقديم خصومات أكبر من تلك المطلوبة بموجب قانون الصحة العامة. كما أنّ وضع المهاجرة لا يُعد معيارًا لتحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية. الأشخاص المؤهلون يشملون:

- الأفراد من ذوي الدخل المحدود غير المؤمن عليهم صحيًا، أو
- الأفراد ذوي التأمين غير الكافي (الذين تجاوزت نفقاتهم الطبية المدفوعة من أموالهم الخاصة خلال الاثني عشر شهراً الماضية أكثر من 10% من دخلهم السنوي الإجمالي)؛ أو
- الأفراد الذين استنفدو مزايا التأمين الصحي الخاصة بهم ويمكنهم إثبات عدم قدرتهم على سداد التكاليف كاملة؛ أو
- بناءً على تقدير المستشفى، يمكن للأفراد الذين يثبتون عدم قدرتهم على سداد المبالغ المشاركة في الدفع أو المبالغ القابلة للخصم السنوي طلب تخفيف أو خصم على المدفوعات.

الأفراد الذين يصل دخلهم إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي مؤهلون للحصول على المساعدة المالية.

مستويات الفقر الفيدرالية (2026)			
حجم الأسرة	400%	300%	200%
شخص واحد	\$63,840	\$47,880	\$31,920
شخصان	\$86,560	\$64,920	\$43,280
3 أشخاص	\$109,280	\$68,300	\$54,640
4 أشخاص	\$132,000	\$99,000	\$66,000
5 أشخاص	\$154,720	\$116,040	\$77,360
6 أشخاص	\$177,440	\$133,080	\$88,720
7 أشخاص	\$200,160	\$150,120	\$100,080

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

الحد الأدنى لمعدلات الخصم

إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، فسيتم تخفيض الرسوم بناءً على دخلك وفق نظام تدريجي كما يلي:

مستوى الدخل	قيمة السداد
أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي	إعفاء كامل من جميع الرسوم
من 200% إلى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي	المرضى غير المؤمن عليهم: تخفيض تدريجي حتى حد أقصى 10% من المبلغ الذي كانت ستدفعه Medicaid مقابل الخدمة/الخدمات. المرضى ذوي التأمين غير الكافي: بحد أقصى يصل إلى 10% من المبلغ الذي كان سيُدفع وفقاً لمشاركة المريض في التكاليف حسب تأمينه الصحي.
من 301% إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي	المرضى غير المؤمن عليهم: تخفيض تدريجي حتى حد أقصى 20% من المبلغ الذي كانت ستدفعه Medicaid مقابل الخدمة/الخدمات. المرضى ذوي التأمين غير الكافي: بحد أقصى يصل إلى 20% من المبلغ الذي كان سيُدفع وفقاً لمشاركة المريض في التكاليف حسب تأمينه الصحي.

خطط التقسيط

تتوفر خطط التقسيط للمرضى غير القادرين على سداد المبلغ المخفّض دفعاً واحدة. لا يجوز أن تتجاوز الدفعات الشهرية 5% من إجمالي الدخل الشهري، كما لا يجوز أن يتجاوز معدل الفائدة المفروضة على الرصيد غير المسدد — إن وجد — 2%.

طلب إثبات دخل الأسرة

يرجى إرفاق معلومات الدخل الخاصة بالمريض، وزوجه/زوجته، وأي مُعالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، يشمل ذلك جميع الأفراد المدرجين في نفس الإقرار الضريبي (مقدم الإقرار، الزوج/الزوجة، والمعالين الضريبيين) عند احتساب دخل الأسرة.

فيما يلي قائمة بالمستندات التي يمكن استخدامها لإثبات الدخل. لا يلزم تقديم جميع المستندات. يمكنك أيضًا تقديم إقرار بعدم وجود دخل للأسرة إذا لم يكن لديك أي دخل.

كما يمكنك تقديم صفحة تحديد الأهلية من سوق التأمين الصحي لولاية نيويورك (NY State of Health Marketplace). إذا كان هذا المستند متوفراً لديك، فلا يلزم تقديم أي معلومات دخل أخرى مذكورة أدناه إلى المستشفى.

يمكن لمقدم الطلب تقديم:	المبلغ الشهري:	إذا كانت الأسرة تتلقى:
يرجى تقديم قسيمة راتب واحدة، أو خطاب من جهة العمل على ورق رسمي للشركة موقّع ومؤرّخ، أو أحدث إقرار ضريبي مقدم.	\$	الأجر
نسخة من خطاب/شهادة الاستحقاق، أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية، أو خطاب المزايا السنوي. إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية، أو خطاب المزايا السنوي. لطلب نسخة من خطاب مزايا الضمان الاجتماعي، اتصل على الرقم 1-800-772-1213 أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني www.ssa.gov .	\$	مدفعات الضمان الاجتماعي
نسخة من خطاب/شهادة الاستحقاق، أو بيان المزايا الشهري من وزارة العمل بولاية نيويورك، أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع كشف مطبوع، أو مراسلات من وزارة العمل بولاية نيويورك، أو كشف مطبوع لمعلومات حساب المستفيد من موقع وزارة العمل بولاية نيويورك (www.labor.state.ny.us).	\$	تعويضات البطالة
نسخة من خطاب/شهادة الاستحقاق، أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي، أو نسخة من خطاب المزايا السنوي. لطلب نسخة من خطاب المزايا، اتصل على الرقم 1-800-772-1213 أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني www.ssa.gov .	\$	مدفعات الإعاقة
نسخة من خطاب الاستحقاق أو قسيمة شيك.	\$	تعويضات إصابات العمل
نسخة من أمر المحكمة، أو إيصالات/شيكات مصرفية لثلاثة أشهر.	\$	النفقة / إعالة الطفل
بيانات الأرباح الفصلية أو كشوف شهر واحد.	\$	الأرباح/الفوائد
خطاب يوضح مبلغ الدخل غير القائم على الأجر (إن وجد)، مثل دخل الإيجار، أو مبالغ نقدية لأعمال متفرقة، وما إلى ذلك.	\$	غير ذلك
إقرار موقّع بعدم وجود دخل.	\$0	لا يوجد دخل