

Zahtjev za finansijsku pomoć bolnicama države New York

Možda imate pravo na finansijsku pomoć bolnice za plaćanje računa ako niste osigurani, ako je Vaše osiguranje iscrpljeno ili ako imate zdravstveno osiguranje, ali imate dokaz o plaćenim medicinskim troškovima koji ukupno iznose više od 10% Vaših prihoda. Popunjavanjem ovog obrasca započet će Vaš zahtjev za finansijsku pomoć bolnici. Ovaj obrazac koriste sve bolnice u državi New York.

Ovaj zahtjev mora biti odštampan na primarnim¹ jezicima koje govore pacijenti koje bolnica opslužuje.

Ime pacijenta (potpune informacije koje su primjenjive)

Ime pacijenta (ime, srednje ime, prezime)		
Datum rođenja (mm/dd/gggg)		
Adresa		Broj stana/jedinice
Grad	Savezna država	Poštanski broj
Broj kontakt telefona		
Ime roditelja/staratelja ili zakonskog predstavnika (ako je pacijent maloljetno dijete ili odrasla osoba s invaliditetom)		
E-mail adresa (ako postoji)		

Informacije o porodici:

Molimo navedite sve članove porodice u Vašem domaćinstvu. Vaše domaćinstvo uključuje Vas, Vašeg supružnika ili vanbračnog partnera i svu djecu ili druge izdržavane osobe. Na primjer, ovo bi uključivalo sve osobe navedene na istoj poreskoj prijavi.

Bruto prihod znači vaš prihod **prije** odbitka poreza.

Bruto prihod može se sastojati od zarade od rada (plate, nadnice, napojnice, zarada od samozapošljavanja), nezarađenog prihoda (socijalno osiguranje, invalidska naknada i naknada za nezaposlenost), doprinosa (sredstva od porodice ili prijatelja) i drugih izvora prihoda (privremena pomoć i dodatni prihod od osiguranja).

Puno ime	Srodstvo	Ukupni bruto prihod (trenutni)
	Lično	

Bolnica može zatražiti da dostavite dokumentaciju kao dokaz o prihodu; primjeri dokumentacije mogu uključivati platnu listu, pismo od Vašeg poslodavca ako je primjenjivo ili Obrazac 1040.

¹ „Primarni jezici“ uključuju bilo koji jezik koji se koristi za komunikaciju u najmanje 5% posjeta pacijenata godišnje ili bilo koji jezik koji govori više od 1% stanovništva primarnog područja bolničkih usluga, izračunato korištenjem demografskih podataka dostupnih od Zavoda za popis stanovništva Sjedinjenih Američkih Država, dopunjenih podacima iz školskih sistema.

Status zdravstvenog osiguranja

Imate li bilo kakav oblik zdravstvenog osiguranja, uključujući Medicaid, Medicare ili privatno osiguranje preko Vašeg poslodavca ili ste ga sami kupili? ☐ Da ☐ Ne

Ako ste odgovorili sa "Ne", da li biste željeli pomoć pri prijavi za bilo koji od ovih programa?

☐ Da ☐ Ne

Nedovoljno osigurani pacijenti: osobe sa osiguranjem i visokim medicinskim troškovima. Ako imate osiguranje, molimo Vas da navedete procjenu medicinskih računa koje ste platili u proteklih 12 mjeseci.

\$

Bolnica može zatražiti da dostavite dokumentaciju kao dokaz o plaćenim medicinskim troškovima.

Pacijent/Odgovorna osoba: Ako to nije pacijent, navedite ime osobe koja potpisuje obrazac i njeno ovlaštenje da potpiše u ime pacijenta (npr. supružnik, roditelj, zakonski zastupnik).

Razumijem da informacije koje dostavljam mogu biti predmet provjere iz vanjskih izvora. Ovime potvrđujem da su informacije istinite i potpune u skladu s mojim najboljim saznanjima.

Ime pacijenta:	Datum:
Srodstvo s pacijentom	
Potpis	

Minimalna podobnost i smjernice

Vremenski okvir prijave, prava pacijenata i povjerljivost

- Možete se prijaviti za finansijsku pomoć u bilo kojem trenutku tokom procesa naplate.
- Ne morate izvršiti nikakvu uplatu ovoj bolnici dok ne dobijete odluku o Vašem zahtjevu za finansijsku pomoć. Bolnice ne smiju prosljeđivati račune na naplatu dok je Vaš zahtjev u obradi.
- Ako Vam se odbije finansijska pomoć, imate pravo žalbe. Informacije o tome kako to učiniti bit će uključene u obavještenje bolnice koje ćete primiti. Možda imate pravo žalbe na iznos Vaše finansijske pomoći. Bolnica će u svojoj odluci uključiti informacije o tome kako se žaliti.
- Bolnice ne mogu slati neplaćene račune agenciji za naplatu najmanje 180 dana nakon Vašeg prvog računa.
- Bolnicama je zabranjeno poduzimanje pravnih radnji, uključujući podnošenje tužbi, radi naplate neplaćenih medicinskih računa za pacijente ispod 400% federalne granice siromaštva (FPL). Smjernice za siromaštvo možete pronaći ovdje: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Sve informacije navedene u ovoj prijavi bolnica će koristiti samo za utvrđivanje Vaše podobnosti za finansijsku pomoć i ostat će povjerljive u mjeri u kojoj je to dozvoljeno zakonom.
- Bolnica vam ne može uskratiti medicinski neophodne usluge zato što imate neplaćen medicinski račun.
- Ako Vam je potrebna pomoć s ovom prijavom, obratite se uredu za finansijsku pomoć UVM Health Network na (802) 847-8000 ili (800) 639-2719.
- Ako Vam je potrebna dodatna pomoć s ovom prijavom ili pomoć u žalbi na odluku, možete se obratiti organizaciji Community Health Advocates: 888-614-5400.

Pravo na pomoć

Ništa ne ograničava sposobnost bolnice da utvrdi pravo pacijenta na popuste pri plaćanju na nivoima prihoda višim od onih navedenih u nastavku i/ili da obezbijedi veće popuste pri plaćanju za pacijente koji ispunjavaju uslove od onih koje zahtijeva Zakon o javnom zdravstvu. Osim toga, imigracijski status neće biti kriterij podobnosti za određivanje finansijske pomoći.

Sljedeće osobe ispunjavaju uslove:

- osobe s niskim primanjima bez zdravstvenog osiguranja; ili
- nedovoljno osigurane osobe (liječnički troškovi akumulirani iz vlastitog džepa u posljednjih dvanaest mjeseci koji iznose više od deset posto bruto godišnjeg prihoda te osobe); ili
- one koje su iscrpile svoje zdravstveno osiguranje i koje mogu dokazati nemogućnost plaćanja punih troškova; ili
- po diskreciji bolnice, osobe koje mogu dokazati nemogućnost plaćanja doplate i/ili franšize mogu zatražiti smanjenu ili sniženu isplatu.

Osobe do 400% federalne granice siromaštva ispunjavaju uslove za finansijsku pomoć.

Federalna granica siromaštva (2026)			
Veličina domaćinstva	200%	300%	400%
1 osoba	\$31.920	\$47.880	\$63.840
2 osobe	\$43.280	\$64.920	\$86.560
3 osobe	\$54.640	\$68,300	\$109.280
4 osobe	\$66.000	\$99.000	\$132.000
5 osoba	\$77.360	\$116.040	\$154.720
6 osoba	\$88.720	\$133.080	\$177.440
7 osoba	\$100.080	\$150.120	\$200.160

Ažurira se godišnje: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Minimalne stope popusta

Ako ispunjavate uslove za finansijsku pomoć, Vaši troškovi će biti smanjeni u skladu s Vašim prihodima na kliznoj skali naknada na sljedeći način:

Nivo prihoda	Plaćanje
Ispod 200% FPL	Oslobađanje od svih troškova
200% - 300% FPL	Neosigurani pacijenti: Klizna skala do 10% iznosa koji bi Medicaid platio za uslugu/e. Nedovoljno osigurani pacijenti: Do maksimalno 10% iznosa koji bi bio plaćen u skladu s podjelom troškova osiguranja takvog pacijenta
301% - 400% FPL	Neosigurani pacijenti: Klizna skala do 20% iznosa koji bi Medicaid platio za uslugu/e. Nedovoljno osigurani pacijenti: Do maksimalno 20% iznosa koji bi bio plaćen u skladu s podjelom troškova osiguranja takvog pacijenta

Planovi plaćanja na rate

Planovi plaćanja na rate dostupni su pacijentima koji nisu u mogućnosti platiti sniženu stopu odjednom. Mjesečne uplate ne mogu prelaziti 5% Vašeg bruto mjesečnog prihoda, a kamatna stopa koja se pacijentu obračunava na neplaćeni saldo, ako postoji, ne smije prelaziti 2%.

Zahtjev za dokaz o prihodu domaćinstva

Molimo Vas da uključite podatke o prihodu pacijenta, njegovog supružnika i sve izdržavane osobe (kao što su djeca). Na primjer, ovo bi uključivalo sve osobe na istoj poreskoj prijavi (porezni podnosilac, supružnik i poreski izdržavani članovi) u obračun prihoda domaćinstva.

Slijedi spisak dokumenata koje možete koristiti za dokazivanje svog prihoda. Ne morate dostaviti sve ove dokumente. Također možete dostaviti izjavu o nepostojanju prihoda domaćinstva ako nemate prihod.

Također možete dostaviti stranicu za utvrđivanje podobnosti s stranice sa usporedbu osiguranja NY State of Health Marketplace. Ako imate ovaj dokument, ne morate bolnici dostaviti nikakve druge podatke o prihodima navedene u nastavku

<u>Ako domaćinstvo prima:</u>	<u>Mjesečni iznos:</u>	<u>Podnosilac zahtjeva može dostaviti:</u>
Plate	\$	Molimo Vas da dostavite jednu platnu listu ili pismo poslodavca na memorandumu kompanije, potpisano i datirano, ili najnoviju podnesenu poreznu prijavu.
Isplata socijalnog osiguranja	\$	Kopija pisma/potvrde o dodjeli ili korespondencija od Uprave za socijalno osiguranje SAD-a ili godišnje pismo o beneficijama. Da biste zatražili kopiju pisma o beneficijama socijalnog osiguranja, pozovite 1-800-772-1213 ili posjetite www.ssa.gov .
Naknada za nezaposlenost	\$	Kopija pisma/potvrde o dodjeli ili mjesečni izvod o beneficijama od Ministarstva rada države New York, ili kopija kartice za direktno plaćanje sa ispisom, ili korespondencija od Ministarstva rada države New York, ili ispis podataka o računu primaoca sa web stranice Ministarstva rada države New York (www.labor.state.ny.us).
Isplata za invaliditet	\$	Kopija pisma/potvrde o dodjeli ili korespondencije od Uprave za socijalno osiguranje ili kopija pisma o godišnjoj naknadi. Da biste zatražili kopiju pisma o naknadi, nazovite 1-800-772-1213 ili posjetite www.ssa.gov .
Radnička naknada	\$	Kopija pisma o dodjeli ili potvrde o čeku.
Alimentacija/Izdržavanje djeteta	\$	Kopija sudskog naloga ili unovčeni čekovi/priznanice za 3 mjeseca.
Dividende/Kamate	\$	Tromjesečni izvještaji o dividendama ili mjesečni izvodi.
Ostalo	\$	Pismo u kojem se navodi iznos zarade koja nije dio plate (ako postoji), kao što su prihod od najma, novac za povremene poslove itd.
Nema prihoda	\$0	Potpisana izjava o nepostojanju prihoda.