

تقاضای کمک مالی خدمات شفاخانه یکپارچه ایالت نیویورک

اگر بیمه نیستید، اگر بیمه شما ختم شده است، یا اگر بیمه صحتی دارید و مدرک ثبوت دال بر پرداخت مصارف معالجوی بلندتر از 10٪ از درآمد خود دارید، ممکن است واجد شرایط دریافت کمک مالی خدمات شفاخانه برای پرداخت صورتحساب های خود باشید. با خانه پری کردن این فورم، تقاضای شما برای کمک مالی خدمات شفاخانه آغاز می شود. این فورم توسط همه شفاخانه ها در ایالت نیویورک استفاده می شود.

ضرور است که این فورم به زبان اصلی¹ که بیمار آن تحت پوشش خدمات شفاخانه به آنها صحبت می کنند، چاپ شود.

نام مریض (معلوماتی را که صدق می کنند ذکر نمایید)

نام مریض (نام، نام میانی، تخلص)		
تاریخ ولادت (با فرمت سال/روز/ماه)		
آدرس		نمبر آپارتمنت/یونیت
شهر	ایالت	زیپ کد
نمبر تلفون تماس		
نام والد/قیم یا نماینده قانونی (اگر مریض یک کودک صغیر یا کلان سال ناتوان است)		
آدرس ایمیل (در صورت وجود)		

معلومات فامیل:

لطفا تمام اعضای فامیل خود را در ذیل نام بگیرید. خانواده شما بشمول از خودتان، همسر یا شریک زندگی تان و هر فرزند یا هر شخص تحت تکفل شما می شود. طور مثال، این شامل همه اشخاصی می شود که در یک اظهارنامه مالیاتی ذکر شده اند.

درآمد ناخالص به معنای درآمد شما قبل از کسر مالیات است.

درآمد ناخالص می تواند شامل عایدی حاصل از اشتغال (هر قسم دستمزد، معاش، انعام، عواید حاصل از خوداشتغالی)، عایدی نامستمر (تأمین اجتماعی، مزایای معلولیت و بیکاری)، درآمد تقدیمی (کمک های مالی از خانواده یا دوستان) و سایر منابع درآمدی (کمک های موقت و درآمد تأمین اجتماعی تکمیلی) باشد.

اسم مکمل	نسبت	مجموعی درآمد ناخالص (فعلی)
	خود شخص	

ممکن است شفاخانه از شما بخواهد مدارکی را بحیث ثبوت درآمد ارائه دهید؛ نمونه هایی از مدارک می تواند بشمول رسید معاش، نامه از کارفرمای شما در صورت موجودیت یا فورم 1040 باشد.

¹ "زبان های اصلی" شامل هر زبانی است که برای برقراری ارتباط در کم از کم 5٪ از ویزیت های مریضان در سال استفاده می شود، یا هر زبانی که توسط بیش از 1٪ از نفوس منطقه اصلی ارائه خدمات شفاخانه تکلم می شود، قسمیکه ذریعه معلومات احصای نفوس موجود در اداره احصائیه ایالات متحده، به همراه دیتای سیستم های مکاتب محاسبه می شود.

وضعیت بیمه صحی

آیا شما هر قسم بیمه صحی، بشمول Medicare، Medicaid یا بیمه خصوصی ذریعه کارفرمای خود یا خریداری شده توسط خودتان دارید؟
بله ☐ نه ☐

اگر پاسخ شما "نه" است، آیا برای تقاضای هر یک از این پروگرام ها کمک نیاز دارید؟
بله ☐ نه ☐

مريضان با بیمه ناکافی: افرادی که بیمه دارند مگر هزینه های معالجوی آنها مزیدتر از آن است. اگر بیمه صحی دارید، لطفاً تخمینی از صورتحساب های معالجوی که در 12 ماه اخیر پرداخت کرده اید، ارائه دهید.

\$

ممکن است شفاخانه از شما بخواهد مدارکی را بحیث ثبوت هزینه های معالجوی پرداخت شده ارائه دهید.

مريض/طرف مسئول: اگر شما شخص مريض نیستید، نام فرد امضاکننده فورم و اختیارات او برای امضا از طرف مريض (مثلاً همسر، والدین، نماینده قانونی) را شامل کنید.

من متوجه استم که ممکن است صحت معلومات ارسالی من توسط منابع خارجی بررسی شود. من تصدیق می کنم این معلومات تا آنجا که من می دانم، صحیح و کامل است.

نام مريض	تاریخ:
قرابت با مريض	
امضاء	

حداقل شرایط لازم و طرز العمل ها

جدول زمانی تقاضا، حقوق مریض و محرمانگی

- در هر مرحله از فرآیند وصول، تقاضای کمک مالی ارائه نموده می توانید.
- قبل از آنکه تصمیمی را در پیوند با تقاضای کمک مالی خود دریافت کنید، ضرور نیست کدام مبلغی به این شفاخانه پرداخت کنید. شفاخانه ها مجاز نیستند در مدت زمان بررسی تقاضای شما، حساب ها را به بخش وصول مطالبات ارسال کنند.
- اگر تقاضای کمک مالی شما رد شود، حق تقاضای تجدیدنظر دارید. معلومات بالای شیوه تقاضای تجدیدنظر در اعلان شفاخانه که دریافت خواهید کرد، شامل خواهد شد. این حق برای شما وجود دارد که به میزان کمک مالی خود اعتراض کنید. شفاخانه معلومات مربوط به شیوه اعتراض را در نامه اعلان تصمیم خود شامل خواهد کرد.
- شفاخانه ها نمی توانند صورتحساب های پرداخت نشده را حداقل الی 180 روز پس از اولین صورتحساب شما به آژانس های وصول بدهی ارسال کنند.
- شفاخانه ها از پیشبرد اقدامات قانونی، بشمول از اقامه دعوی در محکمه، برای دریافت صورتحساب های معالجوی پرداخت نشده برای چنان مریضان که ذیل 400% از سطح فقر فدرال [الی 4 برابر سطح خط فقر] استند، منع شده اند. طرز العمل های خط فقر در ذیل یافت می شوند: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- هر قسم معلومات ارائه شده در این تقاضا، فقط توسط شفاخانه برای تعیین واجد شرایط بودن شما برای دریافت کمک مالی استفاده خواهد شد و تا حدی که قانون اجازه می دهد، محرمانه تلقی خواهد شد.
- شفاخانه نمی تواند بخاطر صورتحساب معالجوی معوقه، خدمات تداوی ضروری به شما ارائه نکند.
- اگر برای این تهیه این تقاضا به کمک نیاز دارید، لطفاً با دفتر کمک مالی شبکه صحت UVM ذریعه نمبر 800-847-8000 (802) یا 800-639-2719 به تماس شوید.
- اگر در پیوند با این تقاضا یا تقاضای تجدیدنظر بالای کدام تصمیم اخذ شده کمک بیشتری نیاز دارید، از طریق نمبر ذیل با وکلای مدافع صحت جامعه (Community Health Advocates) به تماس شده می توانید: 888-614-5400.

واجد شرایط بودن

- هیچ چیز توانایی شفاخانه را در تعیین واجد شرایط بودن مریض با سطوح درآمدی بلندتر از فقرات ذکر شده در زیر برای تخفیف پرداخت و/یا ارائه تخفیف های پرداخت مزیدتر به مریضان واجد شرایط به میزانی بیش از آنچه که طبق قانون صحت عامه ضرور است، محدود نمی کند. بر علاوه، وضعیت مهاجرت نباید منحیت یک معیار واجد شرایط بودن برای تعیین کمک مالی محسوب شود.
- اشخاص زیر واجد شرایط استند:
- اشخاص کم-بضاعت فاقد بیمه صحت؛ یا
 - اشخاص دارای بیمه ناکافی (قسمی که هزینه های معالجوی پرداخت شخصی در دوازده ماه گذشته بلندتر از ده فیصد از درآمد ناخالص سالانه آنها را شامل شود)؛ یا
 - اشخاصی که مزایای بیمه صحت خود را مصرف کرده اند و می توانند عدم توانایی خویش را برای پرداخت مکمل مصارف ثابت کنند؛ یا
 - بنا به صلاحدید شفاخانه، چنان اشخاص که بتوانند عدم توانایی خود را برای پرداخت فرانشیز (co-pay) و/یا سهم مریض (deductible) اثبات کنند، می توانند تقاضای تقلیل یا تخفیف در پرداخت را ارائه نمایند.

چنان اشخاص که تا 400٪ از سطح فقر فدرال درآمد دارند [الی 4 برابر سطح خط فقر]، واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند.

سطح فقر فدرال (2026)			
شماره اعضا خانواده	200%	300%	400%
1 نفر	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2 نفر	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3 نفر	\$54,640	\$68,300	\$109,280
4 نفر	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5 نفر	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6 نفر	\$88,720	\$133,080	\$177,440
7 نفر	\$100,080	\$150,120	\$200,160

سالانه بهنگام می شود: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

حداقل نرخ های تخفیف

اگر واجد شرایط دریافت کمک مالی باشید، مصارف خدمات شما بر پایه درآمدها و بر پایه یک مقیاس متغیر به شرح ذیل کاهش می یابد:

سطح درآمد	پرداخت
کمتر از 200٪ خط فقر فدرال (FPL)	معاف از همه مصارف
200%-300٪ خط فقر فدرال (FPL)	مريضان فاقد بیمه صحت: مقیاس متغیر الی 10٪ از مبلغی که معین است برای خدمات توسط Medicaid پرداخت شود. مريضان با پوشش بیمه ناکافی: حداکثر الی 10٪ از مبلغی که بیمه آنها باید طبق تقسیم بندی هزینه پرداخت می کرد، پرداخت می کنند
301%-400٪ خط فقر فدرال (FPL)	مريضان فاقد بیمه صحت: مقیاس متغیر الی 20٪ از مبلغی که معین است برای خدمات توسط Medicaid پرداخت شود. مريضان با پوشش بیمه ناکافی: حداکثر الی 20٪ از مبلغی که بیمه آنها باید طبق تقسیم بندی هزینه پرداخت می کرد، پرداخت می کنند.

پلان های اقساطی

پلان های اقساطی برای مريضانی که هزینه ها را یکجا پرداخت کرده نمی توانند در دسترس هستند. پرداخت های ماهوار نمی تواند بیشتر از 5٪ درآمد ناخالص ماهانه شما باشند و نرخ تکتانه که از مريض بابت مانده پرداخت ناشده دریافت می شود، در صورت وجود، نباید مزید بر 2٪ باشد.

درخواست مدرک ثبوتیه درآمد خانوار

لطفاً معلومات درآمد مریض، همسر و هر یک از اشخاص تحت تکفل (مانند اولاد) را شامل کنید. طور مثال، این امر شامل همه اشخاص در یک اظهارنامه مالیاتی (اظهارکننده مالیات، همسر و اشخاص تحت تکفل مالیاتی) برای محاسبه درآمد خانواده می شود.

ذیلاً لستی شامل چنان مدارک که می توانید برای اثبات درآمد خود استفاده کنید، شامل شده است. ضرور نیست همه این مدارک را ارائه دهید. اگر درآمدی ندارید، می توانید اظهارنامه نداشتن درآمد خانواده نیز ارائه دهید.

همچنان می توانید صفحه تعیین واجد شرایط بودن را از وب سایت NY State of Health Marketplace (بازار بیمه صحت ایالت نیویورک) ارائه دهید. اگر این مدرک را دارید، نیاز نیست کدام معلومات درآمدی دیگری را که در زیر ذکر شده است به شفاخانه ارائه دهید.

فقرات درآمدی خانواده:	مبلغ فی ماه:	متقاضی می تواند مدارک ذیل را ارائه دهد:
دستمزدها/حقوق	\$	لطفاً یک رسید حقوقی یا نامه از کارفرما در کاغذ با سربرگ کمپنی، شامل امضا و تاریخ، یا آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد ارائه دهید.
پرداخت تأمین اجتماعی	\$	کپی نامه/تصدیق اعطای کمک یا مکاتبات از اداره تأمین اجتماعی ایالات متحده، یا نامه مزایای سالانه. برای درخواست یک کپی نامه مزایای تأمین اجتماعی خود، با نمبر 1-800-772-1213 به تماس شوید یا به وب سایت www.ssa.gov مراجعه کنید.
غرامت بیکاری	\$	کپی نامه/تصدیق اعطای غرامت، یا صورتحساب مزایای ماهانه از دیپارتمنت کار ایالت نیویورک (NYS Department of Labor)، یا کپی کارت پرداخت مستقیم به همراه چاپ آن، یا مکاتبات از دیپارتمنت کار ایالت نیویورک، یا چاپ معلومات حساب دریافت کننده کمک از وب سایت دیپارتمنت کار ایالت نیویورک (www.labor.state.ny.us).
کمک هزینه معلولیت	\$	کپی نامه/تصدیق اعطای کمک هزینه، یا مکاتبات از اداره تأمین اجتماعی، یا کپی نامه مزایای سالانه. برای درخواست یک کپی نامه مزایای خود، با نمبر 1-800-772-1213 به تماس شوید یا به وب سایت www.ssa.gov مراجعه کنید.
غرامت کارگران	\$	کپی نامه اعطای غرامت یا رسید چک.
نفقه همسر/نفقه اولاد	\$	کپی فیصله محکمه، یا چک ها/رسیدهای وصول شده مربوطه در 3 ماه اخیر.
سود سهام/مفاد سپرده	\$	صورتحساب های سه ماهه یا 1 ماهه سود سهام.
سایر فقرات	\$	چنان نامه که میزان درآمدهای غیر از دستمزد/حقوق (در صورت وجود) مانند درآمد اجاره، دریافت پैसे نقد برای مشاغل متفرقه و غیره را نشان می دهد.
فاقد درآمد	\$0	اظهارنامه امضاء شده مبنی بر فقدان درآمد.