

Champlain Valley Physicians Hospital

Короткий виклад політики

Отримайте допомогу на оплату медичних послуг.

Ми пропонуємо програму фінансової допомоги, що дозволяє вам оплачувати необхідне лікування.

Що таке програма фінансової допомоги?

Ми пропонуємо фінансову допомогу людям, які не мають страхового покриття. Ми також пропонуємо допомогу людям, які мають страховку, але не можуть дозволити собі витрати з власної кишені. Ця допомога може бути використана для поточного догляду та в невідкладних ситуаціях. Щоб отримати фінансову допомогу, догляд повинен бути необхідним з медичної точки зору.

Хто може отримати фінансову допомогу?

Хто має право на отримання допомоги:

- **Право на отримання допомоги залежить від розміру доходу;** необхідні документи див. у заяві.
- **Ви повинні бути «резидентом Нью-Йорка»** – до них належать студенти, люди, які працюють у Нью-Йорку, іммігранти без документів, люди, які живуть у Нью-Йорку, але не мають стабільного житла. Сюди не належать відвідувачі або туристи, якщо тільки медична допомога не є невідкладною.
- **Ваш дохід повинен бути меншим за встановлений ліміт.** Існують різні ліміти доходу для надання безкоштовної та бюджетної медичної допомоги. Докладніше див. у таблиці.

Ліміти доходу

Перевірте розмір свого домогосподарства та дохід у наведених нижче таблицях. У більшості випадків розмір вашого домогосподарства – це кількість осіб, зазначених у ваших податкових деклараціях. Якщо ваш дохід занадто високий для безкоштовної

допомоги, ви можете отримати право на бюджетну медичну допомогу.

Безкоштовна допомога

Ви можете отримати безкоштовну медичну допомогу (платити \$0), якщо дохід вашого домогосподарства не перевищує 250% Федерального прожиткового мінімуму (FPL). У 2026 році ваш дохід має бути менше:

Розмір домогосподарства	Максимальний дохід
1 особа	\$39 900
2 особи	\$54 100
3 особи	\$68 300
4 особи	\$82 500
5 осіб	\$96 700
6 осіб	\$110 900
7 осіб	\$125 100
8 осіб	\$139 300

Бюджетна допомога

Якщо дохід вашого домогосподарства не перевищує 400% федерального прожиткового мінімуму (FPL), ви можете отримати право на знижку. У 2026 році ваш дохід має бути менше:

Розмір домогосподарства	Максимальний дохід
1 особа	\$63 840
2 особи	\$86 560
3 особи	\$109 280
4 особи	\$132 000
5 осіб	\$154 720
6 осіб	\$177 440
7 осіб	\$200 160
8 осіб	\$222 880

Катастрофічна медична допомога

Запитайте нас про катастрофічну (тяжкі травми або хвороби) медичну допомогу, якщо ви заборгували лікарні велику суму грошей, але ваш дохід занадто високий, щоб претендувати на безкоштовну або бюджетну медичну допомогу. Цей вид допомоги доступний пацієнтам, чий залишок за рахунком перевищує 20% річного доходу домогосподарства. **Ми можемо допомогти вам визначити, чи маєте ви на це право.**

Більше інформації див. на звороті

Послуги, що покриваються

- Невідкладна медична допомога, що надається в умовах відділення невідкладної допомоги;
- Невідкладні послуги при станах, які, якщо їх не лікувати негайно, можуть призвести до шкідливих змін у стані здоров'я людини;
- Деякі послуги, необхідні за медичними показаннями

Послуги, що НЕ покриваються

- Послуги косметолога/пластичного хірурга
- Послуги з лікування безпліддя/фертильності
- Немедично необхідна допомога
- Послуги з проведення досліджень/експериментів
- Догляд за іноземними пацієнтами, за винятком випадків, коли послуги надаються в умовах відділення невідкладної допомоги; визначаються як відвідувачі, а не резиденти

Як подати заявку

Ви можете подати заявку до або після отримання медичних послуг. Якщо ви подаєте заявку після отримання послуг, ви повинні зробити це протягом одного року з моменту отримання першого рахунку.

Нижче наведено порядок дій:

- 1. Отримайте безкоштовну заявку.**
 - Особисто: First Floor Registration 75 Beekman Street, Plattsburgh, NY 12901
 - Онлайн: [Фінансова допомога | University of Vermont Health](#)
 - Телефон: звертайтеся за номером (518)562-7074
- 2. Заповніть заявку. НЕ ПРОПУСКАЙТЕ** жодного розділу. Додайте підтверджувальні документи, як зазначено в заявці.
- 3. Передайте або надішліть нам заповнену заявку.**
 - Передайте її за адресою: 75 Beekman Street, Plattsburgh, NY 12901
 - Надішліть поштою на адресу:

University of Vermont Health Network
Financial Assistance Program
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401

Що буде далі?

Протягом наступних 30 днів ви отримаєте від нас листа. У ньому буде вказано, чи схвалено вашу заявку, чи відхилено, чи потрібно надіслати додаткову інформацію.

Якщо вашу заявку відхилено, ви можете подати апеляцію. Запити на апеляцію слід надсилати до відділу фінансової допомоги пацієнтам у письмовій формі протягом 60 днів з моменту відхилення заявки і обов'язково із зазначенням причини апеляції.

Як отримати допомогу в заповненні заяви

- **Відвідайте наш офіс фінансового консультування:**
75 Beekman Street, Plattsburgh, NY 12901
- **ЗАТЕЛЕФОНУЙТЕ:** (518) 562-7074

Безкоштовна мовна підтримка

Ми пропонуємо безкоштовну допомогу людям, які мають комунікаційні або мовні потреби. Ми також можемо допомогти тим, хто має потребу в цій інформації, в інший спосіб. Для перекладачів та мовної підтримки (518) 562-7074.

Докладніша інформація

Які організації приймають фінансову допомогу?

Наша політика фінансової допомоги поширюється не на всіх надавачів послуг. Перегляньте наш перелік тут: [Перелік програм фінансової допомоги | University of Vermont Health](#). Ви також можете запитати у нас про свого лікаря.

Ознайомтеся з повною версією політики

Це короткий виклад нашої політики фінансової допомоги простою мовою. З повною версією політики можна ознайомитися тут: [Фінансова допомога | University of Vermont Health](#)

Недопущення дискримінації

Ми не допускаємо дискримінації за ознаками раси, кольору шкіри, статі, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, сімейного стану, релігії, походження, національного походження,

громадянства, імміграційного статусу, основної мови, інвалідності, стану здоров'я або генетичної інформації.