

Єдина заявка на надання фінансової допомоги для оплати послуг лікарні штату Нью-Йорк

Ви можете мати право на фінансову допомогу для оплати рахунків у лікарні, якщо у вас немає страховки, якщо її термін сплив або якщо у вас є медична страховка, але є підтвердження оплачених медичних витрат на загальну суму понад 10 % від вашого доходу. Заповнивши цю форму, ви ініціюєте процес отримання фінансової допомоги в лікарні. Цією формою користуються всі лікарні штату Нью-Йорк.

Цю заявку слід роздрукувати основною¹ мовою, якою володіють пацієнти, що обслуговуються в лікарні.

Ім'я пацієнта (заповніть всю необхідну інформацію)

Ім'я пацієнта (ПІБ)			
Дата народження (мм/дд/рррр)			
Адреса		№ квартири/блоку	
Місто	Штат		Поштовий індекс
Контактний номер телефону			
ПІБ одного з батьків / опікуна або законного представника (якщо пацієнт – неповнолітній або недієздатний дорослий)			
Адреса електронної пошти (за наявності)			

Інформація про сім'ю:

Вкажіть нижче усіх членів сім'ї, які проживають з вами. Членами сім'ї вважаєтеся ви, ваш чоловік/дружина або партнер, а також діти або інші особи, які перебувають на утриманні. Наприклад, сюди входять усі, хто зазначений в одній податковій декларації.

Валовий дохід – це ваш дохід **до** вирахування податків.

Валовий дохід може складатися з трудових доходів (зарплата, оклади, чайові, доходи від самозайнятості), нетрудових доходів (соціальне забезпечення, допомога з інвалідності та безробіття), фінансової допомоги (кошти від сім'ї або друзів) та інших джерел доходу (тимчасова допомога та додатковий дохід з соціального забезпечення).

Повне ім'я	Ступінь спорідненості	Загальний валовий дохід (поточний)
	Сам пацієнт	

Лікарня може попросити вас надати документи, що підтверджують дохід; як приклад, можна надати розрахунковий лист, лист від роботодавця, якщо це необхідно, або форму 1040.

¹ Під «Основною мовою» розуміється будь-яка мова, яка використовується для спілкування не менше, ніж під час 5 % візитів пацієнтів на рік, або будь-яка мова, якою розмовляє більше 1 % населення основної зони обслуговування лікарні. Ця інформація розрахована з використанням демографічних даних Бюро перепису населення США (United States Bureau of the Census), а також доповнена даними зі шкільних систем.

Статус медичного страхування

Чи маєте ви будь-яку форму медичного страхування, зокрема Medicaid, Medicare або приватне страхування, оформлене через вашого роботодавця або придбане вами самостійно? Так Ні

Якщо ваша відповідь «Ні», чи бажаєте ви отримати допомогу в поданні заявки на участь у будь-якій з цих програм? Так Ні

Пацієнти з недостатнім страхуванням: особи зі страховкою і високими витратами на медичне обслуговування.
Якщо у вас є страховка, просимо надати кошторис медичних рахунків, які ви оплатили за останні 12 місяців.

\$

Лікарня може попросити вас надати документацію, що підтверджує оплату медичних витрат.

Пацієнт/Відповідальна сторона: Якщо ви не пацієнт, вкажіть ім'я особи, яка підписує форму, і її право підпису від імені пацієнта (наприклад, чоловік/дружина, батько/мати, законний представник).

Я розумію, що надана мною інформація може перевірятися зовнішніми джерелами. Я підтверджую, що ця інформація, наскільки мені відомо, є точною і повною.

Ім'я пацієнта	Дата:
Ким доводиться пацієнту	
Підпис	

Мінімальні вимоги та рекомендації

Терміни подання заявок, права пацієнтів та конфіденційність

- Ви можете подати заявку на отримання фінансової допомоги в будь-який момент процесу стягнення заборгованості.
- Вам не потрібно здійснювати оплату цій лікарні, доки ви не отримаєте рішення щодо вашої заявки на отримання фінансової допомоги. Лікарні не можуть передавати рахунки на стягнення, доки ваша заявка перебуває на розгляді.
- Якщо вам відмовлено у фінансовій допомозі, ви маєте право подати апеляцію. Інформація про те, як це зробити, буде вказана в повідомленні від лікарні, яке ви отримаєте. Ви маєте право оскаржити розмір фінансової допомоги. У листі щодо ухваленого рішення лікарня вкаже інформацію про те, як подати апеляцію.
- Лікарні не можуть надсилати неоплачені рахунки до агентства зі збору платежів протягом щонайменше 180 днів після виставлення першого рахунку.
- Лікарням заборонено вживати заходів юридичного характеру, зокрема подання судових позовів, для стягнення несплачених медичних рахунків з пацієнтів, чий дохід нижчий 400 % від федерального прожиткового мінімуму. Дані про прожитковий мінімум представлені тут: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Будь-яка інформація, надана в цій заявці, буде використана лікарнею лише для визначення вашого права на отримання фінансової допомоги і залишиться конфіденційною тією мірою, якою це допустимо законом.
- Лікарня не може відмовити вам у необхідних медичних послугах через те, що ви не оплатили рахунок за лікування.
- Якщо вам потрібна допомога в поданні заявки, зв'яжіться з офісом з питань фінансової допомоги UVM Health Network за номером (802) 847-8000 або (800) 639-2719.
- Якщо вам потрібна додаткова допомога в підготовці цієї заявки або допомога в оскарженні рішення, ви можете звернутися до Програми захисту інтересів населення в галузі охорони здоров'я (Community Health Advocates) за номером: 888-614-5400.

Критерії вибору

Ніщо не обмежує можливості лікарні встановлювати право пацієнтів на отримання знижок за наявності доходів, що перевищують зазначені нижче, та/або надавати пацієнтам, які мають на це право, більш високі знижки під час оплати, ніж ті, що вимагаються відповідно до Закону про громадське здоров'я (Public Health Law). Крім того, імміграційний статус не має бути критерієм на право отримання фінансової допомоги.

Право на отримання фінансової допомоги мають такі особи:

- Особи з низьким доходом без медичної страховки; або
- Особи з недостатнім страхуванням (власні витрати на медичне обслуговування, накопичені за останні дванадцять місяців, які становлять більше десяти відсотків від валового річного доходу такої особи); або
- Особи, які вичерпали свої пільги з медичного страхування і які можуть довести неспроможність оплатити витрати в повному обсязі; або
- Особи, які на розсуд лікарні можуть довести неспроможність внести доплату та (або) франшизу, можуть запросити зменшення оплати або знижку.

На фінансову допомогу можуть претендувати особи, дохід яких становить до 400 % від федерального прожиткового мінімуму.

Федеральні прожиткові мінімуми (2026)			
Кількість членів сім'ї	200 %	300 %	400 %
1 людина	\$31 920	\$47 880	\$63 840
2 людини	\$43 280	\$64 920	\$86 560
3 людини	\$54 640	\$68 300	\$109 280
4 людини	\$66 000	\$99 000	\$132 000
5 людей	\$77 360	\$116 040	\$154 720
6 людей	\$88 720	\$133 080	\$177 440
7 людей	\$100 080	\$150 120	\$200 160

Оновлюється щорічно: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Мінімальний розмір знижки

Якщо ви маєте право на отримання фінансової допомоги, вартість послуг буде знижена відповідно до вашого доходу за ковзною шкалою оплати, як показано нижче

Рівень доходу	Оплата
Нижче 200 % від федерального прожиткового мінімуму	Скасування всіх зборів
200 % - 300 % від федерального прожиткового мінімуму	Незастраховані пацієнти: Ковзна шкала до 10 % від суми, яка була б виплачена за послугу(-и) за програмою Medicaid. Пацієнти з недостатнім страхуванням: Не більше 10 % від суми, яка була б виплачена відповідно до розподілу витрат за страховим полісом такого пацієнта
301 % - 400 % від федерального прожиткового мінімуму	Незастраховані пацієнти: Ковзна шкала до 20 % від суми, яка була б виплачена за послугу(-и) за програмою Medicaid. Пацієнти з недостатнім страхуванням: Не більше 20 % від суми, яка була б виплачена відповідно до розподілу витрат за страховим полісом такого пацієнта

Плани оплати в розстрочку

Пацієнтам, які не можуть одразу сплатити суму за пільговим тарифом, доступні плани оплати в розстрочку. Щомісячні платежі не можуть перевищувати 5 % від вашого валового щомісячного доходу, а процентна ставка, що нараховується пацієнту на непогашену частину (якщо така є), не має перевищувати 2 %.

Запит на підтвердження доходу сім'ї

Вкажіть відомості про доходи пацієнта, його дружини/чоловіка та всіх осіб, які перебувають на утриманні (наприклад, дітей). Наприклад, під час розрахунку доходу сім'ї враховуються всі, хто включений в одну податкову декларацію (платник податків, чоловік/дружина та особи, які перебувають на утриманні).

Нижче наведено перелік документів, які можна використовувати для підтвердження свого доходу. Вам не потрібно надавати всі ці документи. Якщо у вас немає доходу, можете надати довідку про відсутність доходу в сім'ї.

Ви також можете надати дані зі сторінки визначення права на отримання допомоги на сайті Біржі медичного страхування штату Нью-Йорк (NY State of Health Marketplace). Якщо у вас є цей документ, вам не потрібно надавати лікарні будь-яку зазначену нижче іншу інформацію про доходи.

<u>Дохід сім'ї:</u>	<u>Сума за місяць:</u>	<u>Документи, які може надати заявник:</u>
Заробітна плата	\$	Надайте один розрахунковий, лист від роботодавця на фірмовому бланку компанії з підписом і датою або останню подану податкову декларацію про доходи.
Виплати з соціального забезпечення	\$	Копія листа/сертифіката про призначення допомоги або кореспонденція від Адміністрації соціального забезпечення США (U.S. Social Security Administration) або лист про призначення щорічної допомоги. Щоб подати запит на отримання копії листа про призначення допомоги з соціального забезпечення, зателефонуйте за номером 1-800-772-1213 або відвідайте вебсайт www.ssa.gov
Допомога з безробіття	\$	Копія листа/сертифіката про призначення допомоги або щомісячна виписка про виплату допомоги від Департаменту праці штату Нью-Йорк (NYS Department of Labor) або копія картки для здійснення прямих виплат з роздруківкою або кореспонденція від Департаменту праці штату Нью-Йорк або роздруківка інформації про стан рахунку одержувача з вебсайту Департаменту праці штату Нью-Йорк (www.labor.state.ny.us)
Допомога з інвалідності	\$	Копія листа/сертифіката про призначення допомоги або кореспонденція від Адміністрації соціального забезпечення США або лист про призначення щорічної допомоги. Щоб подати запит на отримання копії листа про призначення допомоги, зателефонуйте за номером 1-800-772-1213 або відвідайте вебсайт www.ssa.gov .
Компенсаційні виплати працівникам	\$	Копія листа про призначення допомоги або розрахунковий лист.

<u>Дохід сім'ї:</u>	<u>Сума за місяць:</u>	<u>Документи, які може надати заявник:</u>
Аліменти/Допомога на дитину	\$	Копія постанови суду або погашені чеки/квитанції за 3 місяці.
Дивіденди/Відсотки	\$	Щоквартальна виписка про дивіденди або виписка за 1 місяць.
Інше	\$	Лист із зазначенням суми доходів, не пов'язаних із заробітною платою (якщо такі є), наприклад, дохід від оренди, кошти за підробіток тощо.
Відсутність доходу	\$0	Підписана заява про відсутність доходів.