طلب المساعدة المالية بالمستشفيات وفق النموذج الموحد لولاية نيويورك (NYS)

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من المستشفى لسداد فواتيرك إذا كنت غير مؤمَّن، أو إذا استُنفدت تغطيتك التأمينية، أو إذا كان لديك تأمين صحي ولكن لديك ما يثبت دفع نفقات طبية تعادل أكثر من 10% من دخلك. بإكمال هذا النموذج سيبدأ طلبك للحصول على المساعدة المالية من المستشفى. يُستخدم هذا النموذج من قبل جميع المستشفيات في ولاية نيويورك.

يجب طباعة هذا الطلب باللغات الأساسية[1] التي يتحدث بها المرضى الذين يخدمهم المستشفى.

اسم المريض (أكمل المعلومات ذات الصلة)

اسم المريض (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)		
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)		
العنوان	رقم الشقة / الوحدة	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم هاتف جهة الاتصال		
اسم ولي الأمر/الوصي أو الممثل القانوني (إذا كان المريض طفلًا قاصرًا أو شخصًا بالغًا غير قادر)		
عنوان البريد الإلكتروني (إن وُجد)		

معلومات العائلة:
يرجى إدراج جميع أفراد العائلة في أسرتك أدناه. تشمل أسرتك نفسك، زوجك/زوجتك أو شريكك المنزلي، وأي أطفال أو معالين آخرين. على سبيل المثال، يشمل ذلك كل من يرد اسمه في نفس الإقرار الضريبي.

الدخل الإجمالي يعني دخلك **قبل** اقتطاع الضرائب.

يمكن أن يتكون الدخل الإجمالي من: أرباح العمل (الأجور، الرواتب، البقشيش، أرباح العمل الحر)، والدخل غير المكتسب (الضمان الاجتماعي، والإعاقة، وإعانات البطالة)، والمساهمات (أموال من العائلة أو الأصدقاء)، ومصادر أخرى للدخل (المساعدة المؤقتة ودخل الضمان التكميلي).

الاسم كامل	الصلة	إجمالي الدخل الإجمالي (الحالي)
	الشخص نفسه	

قد يطلب منك المستشفى تقديم مستندات كدليل على الدخل؛ ومن أمثلة هذه المستندات: قسيمة راتب، خطاب من جهة عملك (إن

[1] تشمل "اللغات الأساسية" أي لغة تُستخدم للتواصل في ما لا يقل عن 5% من زيارات المرضى سنويًا، أو أي لغة يتحدث بها أكثر من 1% من سكان المنطقة الرئيسية التي يخدمها المستشفى، وذلك وفقًا للبيانات الديموغرافية المتاحة من مكتب الإحصاء بالولايات المتحدة، مع الاستعانة أيضًا ببيانات من أنظمة المدارس.

كان ذلك منطبقًا)، أو نموذج 1040.

حالة التأمين الصحي
هل لديك أي نوع من التأمين الصحي، بما في ذلك برنامج Medicaid، أو Medicare، أو التأمين الخاص من خلال صاحب العمل أو الذي اشتريته بنفسك؟ ☐ نعم ☐ لا

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

☐ نعم ☐ لا

المرضى ذوو التأمين غير الكافي: هم الأشخاص الذين لديهم تأمين ولكن نفقاتهم الطبية مرتفعة. إذا كان لديك تأمين، يرجى تقديم تقدير لقيمة الفواتير الطبية التي دفعتها خلال الـ 12 شهرًا الماضية.

$

قد يطلب منك المستشفى تقديم مستندات كإثبات للنفقات الطبية المدفوعة.

المريض / الطرف المسؤول: إذا لم يكن المريض هو الموقّع، يرجى كتابة اسم الشخص الذي يوقّع على النموذج وصفته التي تخوّله التوقيع نيابة عن المريض (مثلًا: الزوج/الزوجة، الوالد/الوالدة، الممثل القانوني).

أفهم أن المعلومات التي أقدّمها قد تكون خاضعة للتحقق من مصادر خارجية. أقرّ بأن المعلومات الواردة صحيحة وكاملة حسب علمي ومعرفتي.

الاسم الكامل بحروف واضحة: صلة القرابة بالمريض:	التاريخ
التوقيع:	

الحد الأدنى من شروط الأهلية والإرشادات

الجدول الزمني لتقديم الطلب، وحقوق المرضى، والسرية

- يمكنك التقدّم بطلب الحصول على المساعدة المالية في أي وقت خلال عملية التحصيل.
- لا يُطلب منك دفع أي مبلغ لهذا المستشفى حتى تتلقى قرارًا بشأن طلبك للحصول على المساعدة المالية. ولا يجوز للمستشفيات إحالة الحسابات إلى التحصيل أثناء نظر طلبك.
- إذا تم رفض طلبك للحصول على المساعدة المالية، يحق لك الاستئناف. وسيتم تضمين معلومات حول كيفية القيام بذلك في إشعار المستشفى الذي ستتلقاه. قد يكون لك الحق أيضًا في استئناف قيمة المساعدة المالية الممنوحة لك. وسيقوم المستشفى بتضمين معلومات عن كيفية الاستئناف في رسالة القرار.
- لا يجوز للمستشفيات إحالة الفواتير غير المسددة إلى وكالة تحصيل ديون قبل مرور 180 يومًا من تاريخ إصدار فاتورتك الأولى.
- يُحظر على المستشفيات اتخاذ أي إجراء قانوني، بما في ذلك رفع دعاوى قضائية، لتحصيل الفواتير الطبية غير المسددة من المرضى الذين تقل دخولهم عن 400% من مستوى خط الفقر الفيدرالي. يمكن الاطلاع على إرشادات الفقر هنا: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic- mobility/poverty-guidelines
- لن تستخدم أي معلومات مقدَّمة في هذه الاستمارة إلا من قبل المستشفى لتحديد مدى أهليتك للحصول على المساعدة المالية، وستظل سرية بالقدر الذي يسمح به القانون.
- لا يجوز للمستشفى أن يحرمك من الحصول على خدمات طبية ضرورية بسبب وجود فاتورة طبية غير مسددة عليك.
- إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تعبئة هذه الاستمارة، يُرجى التواصل مع مكتب المساعدة المالية عبر University of Vermont Health Network على الرقم: 847-8000 (802) أو 639-2719 -(800).
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في تعبئة هذه الاستمارة أو في تقديم استئناف على قرار ما، يمكنك التواصل مع Community Health Advocates على الرقم: 888-614-5400.

الأهلية

لا يوجد ما يقيّد حق المستشفى في وضع معايير لتحديد أهلية المرضى للحصول على خصومات على المدفوعات عند مستويات دخل أعلى من المحددة أدناه و/أو تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين مما هو مطلوب بموجب قانون الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، لن يكون وضع الهجرة معيارًا لتحديد الأهلية لغرض الحصول على المساعدة المالية.

الأفراد المؤهلون هم:

- الأفراد منخفضو الدخل الذين لا يملكون تأمينًا صحيًا؛ أو
- الأفراد غير المؤمّنين بشكل كافٍ (الذي تراكمت عليهم تكاليف طبية من الجيب خلال الاثني عشر شهرًا الماضية وتساوي أكثر من 10% من إجمالي دخل الفرد السنوي)؛ أو
- أولئك الذين استنفدوا منافع تأمينهم الصحي ويمكنهم إثبات عدم القدرة على سداد الرسوم كاملة؛ أو
- وفقًا لتقدير المستشفى، الأفراد الذين يمكنهم إثبات عدم القدرة على دفع المساهمة الشخصية و/أو الخصم يمكنهم طلب تخفيض أو خصم على المدفوعات.

الأفراد الذين تصل دخولهم حتى 400% من مستوى الفقر الفدرالي مؤهلون للحصول على المساعدة المالية.

مستويات الفقر الفدرالية (2024)			
حجم الأسرة	**200%**	**300%**	**400%**
شخص واحد	30,120$	45,180$	60,240$
شخصان	40,880$	61,320$	81,760$
3 أشخاص	51,640$	77,460$	103,280$
4 أشخاص	62,400$	93,600$	124,800$
5 أشخاص	73,160$	109,740$	146,320$
6 أشخاص	83,920$	125,880$	167,840$
7 أشخاص	94,680$	142,020$	189,360$

هذه الأرقام يتم تحديثها سنويًا على الموقع الإلكتروني:-https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic mobility/poverty- guidelines

الحد الأدنى لمعدلات الخصم

إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، فسيتم تخفيض رسومك وفقًا لدخلك بناءً على مقياس تدريجي كما يلي:

مستوى الدخل	الدفع
أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	إعفاء من جميع الرسوم
من 200% إلى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس تدريجي يصل إلى 10% من المبلغ الذي كانت ستدفعه لبرامج Medicaid لقاء الخدمة/الخدمات. المرضى ذوو التأمين غير الكافي: بحد أقصى 10% من المبلغ الذي كان سيتحمله المريض بموجب ترتيبات تقاسم التكاليف الخاصة بتأمينه.
من 301% إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)	المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس تدريجي يصل إلى 20% من المبلغ الذي كانت ستدفعه لبرامج Medicaid لقاء الخدمة/الخدمات. المرضى ذوو التأمين غير الكافي: بحد أقصى 20% من المبلغ الذي كان سيتحمله المريض بموجب ترتيبات تقاسم التكاليف الخاصة بتأمينه.

يجوز للمستشفيات أن تختار تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين و/أو منح خصومات على الدفع للمرضى ذوي الدخل الأعلى.

خطط الدفع بالتقسيط:
تتوفر خطط الدفع بالتقسيط للمرضى غير القادرين على دفع المبلغ المخفض دفعة واحدة. لا يجوز أن تتجاوز الدفعات الشهرية 5% من إجمالي دخلك الشهري، كما لا يجوز أن يتجاوز سعر الفائدة المحتسب على الرصيد غير المسدد – إن وُجد – نسبة 2%.

طلب تقديم إثبات دخل الأسرة

يرجى تضمين معلومات الدخل الخاصة بالمريض وزوجه/زوجته وأي معالين (مثل الأبناء). على سبيل المثال، يشمل ذلك جميع الأفراد الواردين في نفس الإقرار الضريبي (مقدّم الإقرار الضريبي، الزوج/الزوجة، والمعالين الضريبيين) وذلك عند احتساب دخل الأسرة.

فيما يلي قائمة بالوثائق التي يمكنك استخدامها لإثبات دخلك. لا يتعين عليك تقديم جميع هذه الوثائق. يمكنك أيضًا تقديم إقرار بعدم وجود دخل للأسرة إذا لم يكن لديك أي دخل.

كما يمكنك تقديم صفحة تحديد الأهلية من NY State of Health Marketplace. إذا كانت لديك هذه الوثيقة، فلست بحاجة إلى تقديم أي معلومات دخل أخرى من القائمة أدناه إلى المستشفى.

إذا كانت الأسرة تتلقى:	المبلغ الشهري:	يمكن لمقدم الطلب أن يقدم:
الأجور	$	يُرجى تقديم إيصال راتب واحد، أو خطاب من صاحب العمل على ورق الشركة الرسمي موقّع ومؤرّخ، أو أحدث إقرار ضريبي مُقدّم.
مدفوعات الضمان الاجتماعي	$	نسخة من خطاب/شهادة الاستحقاق، أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي الأميركية، أو خطاب المزايا السنوي. لطلب نسخة من خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي الخاص بك، يرجى الاتصال على الرقم: 1-800-772-1213 أو زيارة www.ssa.gov.
تعويضات البطالة	$	نسخة من خطاب/شهادة الاستحقاق، أو بيان المزايا الشهرية الصادر عن وزارة العمل بولاية نيويورك، أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مرفقة بكشف مطبوع، أو مراسلات من وزارة العمل بولاية نيويورك، أو نسخة مطبوعة من معلومات حساب المستفيد من موقع وزارة العمل بولاية نيويورك: (www.labor.state.ny.us)
مدفوعات العجز	$	نسخة من خطاب/شهادة الاستحقاق، أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي، أو نسخة من خطاب المزايا السنوي. لطلب نسخة من خطاب المزايا الخاص بك، يرجى الاتصال على الرقم: 1213-1-800-772 أو زيارة الموقع الإلكتروني: www.ssa.gov.
تعويض العمال	$	نسخة من خطاب الاستحقاق أو إيصال الراتب.
النفقة/إعالة الأطفال	$	نسخة من أمر المحكمة، أو 3 أشهر من الشيكات المصروفة/الإيصالات.
الأرباح/الفوائد	$	كشوف أرباح ربع سنوية أو كشوف شهرية.
أخرى	$	خطاب يوضح مبلغ الدخل غير المرتبط بالأجور (إن وجد)، مثل دخل الإيجارات، أو مبالغ نقدية من أعمال عرضية، إلخ.
عدم وجود دخل	0$	إقرار موقع بعدم وجود دخل.