درخواست کمک مالی از NYS Uniform Hospital

اگر بیمۀ صحی ندارید، یا بیمۀ شما به پایان رسیده است، و یا اگر بیمۀ صحی دارید اما اسنادی در دست دارید که نشان میدهد مصارف طبی پرداخت شدۀ شما بیش از 10% عاید شما است، ممکن است واجد شرایط دریافت کمک مالی از شفاخانه برای پرداخت بل های خود باشید. بعد از مکمل کردن این فورم، درخواست شما برای کمک مالی شروع می شود. همه شفاخانه های ایالت نیویارک این فورم را استفاده می کنند.

این درخواست باید به[1] زبان های اصلی مریضانی ترجمانی شود که شفاخانه برای آنها خدمات می دهد.

نام مریض (معلومات کامل مربوطه)

نام مریض (نام، نام میانی، تخلص)		
تاریخ تولد (سال/روز/ماه)		
آدرس	اپارتمان/واحد #	
شهر	ایالت	زیپ کود
تلیفون #		
نام والدین/سرپرست یا نماینده قانونی (اگر مریض طفل زیر سن باشد یا یک کلانسال بی توان باشد)		
ایمیل آدرس (اگر دارید)		

معلومات فامیلی:

لطفاً همه اعضای خانواده خود را در ذیل لست کنید. خانواده شما شامل شما، همسر یا پارتنر خانگی شما و هر طفل یا دیگر نفرات وابسته است. به طور مثال، این مورد به شمول همه افراد لست شده در یک اظهارنامه مالیاتی می شود.

عاید ناخالص به معنی عاید شما **پیش از** کسر مالیات است.

عاید ناخالص به شمول عاید کاری (دستمزد، معاش، انعام، عاید حاصل از کار شخصی)، معاش حاصل نشده (سوشیال سکیوریتی، معلولیت و مزایای بیکاری)، سهام (صندوق های فامیلی یا دوستان) و دیگر منابع عاید (کمک موقت و عایدی امنیت اضافی) می باشد.

نام کامل	نسبت	مجموع عایدات ناخالص (فعلی)
	شخصی	

شفاخانه ممکن است از شما بخواهد که اسناد را به عنوان سند ثبوت عایدی تسلیم کنید؛ مثال های این اسناد می تواند به شمول یک برگه عاید، نامه از صاحبکارتان اگر داشتید یا فورم 1040 باشد.

[1] «زبان های اصلی» شامل هر زبانی است که برای برقراری ارتباط درکم ازکم 5 فیصد از ویزیت های مریضها در سال استفاده می شود، یا هر زبان که اضافه از 1% از نفوس در منطقه خدمات شفاخانه اصلی از آن استفاده می کنند، به اساسمحاسبات انجام شده با استفاده از معلومات نفوس ارائه شده از طرف United States Bureau of the Census که سیستم های مکتب نیز آنها را مکمل می کنند.

وضعیت بیمه صحی
آیا از طریق صاحبکار خود بیمه صحی، از جمله Medicaid، Medicare یا بیمه خصوصی دارید یا خودتان خریداری کرده اید ؟
☐ بله☐ خیر

اگر جواب شما «خیر» بود، آیا می خواهید در ثبت درخواستی برای هر یک از این برنامه ها کمک بگیرید؟

☐ بله ☐ خیر

مریضان کم بیمه شده: اشخاص دارای بیمه و مصارف صحی زیاد. اگر بیمه دارید، لطفاً تخمین بل های طبی را ارائه کنید که طی 12 ماه گذشته پرداخت کرده اید.

$

شفاخانه ممکن است از شما بخواهد که اسناد را به عنوان سند ثبوت مصارف طبی تادیه شده، تسلیم کنید.

مریض/شخص مسئول: اگر شما مریض نمی باشید، نام شخص امضا کننده این فورم و اختیار او را برای امضا از طرف مریض ذکر کنید (به طور مثال، همسر، والدین، نماینده قانونی).

من درک می کنم که معلومات که من ارسال می کنم ممکن است مشمول تایید منابع خارجی باشد. من تایید می کنم که این معلومات تا جای که من می فهمم صحیح و کامل است.

نام واضح نسبت با مریض	تاریخ
امضا	

پایین ترین درجه واجدیت شرایط و طرزالعمل ها

خط زمانی درخواست، حقوق مریض و محرمانگی

- شما در هر نقطه از پروسه دریافت مصرف، برای دریافت کمک مالی درخواست کرده می توانید.
- تا وقتی که در مورد درخواستی شما برای کمک مالی تصمیم را دریافت نکنید، ضرورت به پرداخت مصارف به این شفاخانه ندارید.در جریان بررسی درخواستی شما، شفاخانه ها اجازه تسلیم حساب ها برای دریافت وجه را ندارند.
- اگر درخواستی شما برای کمک مالی قبول نشد، حق درخواست تجدیدنظر دارید.معلومات مربوط به طریقه انجام این کار درج در اطلاعیه شفاخانه که دریافت می کنید شده است. شما ممکن است حق درخواست تجدیدنظر در مورد مقدار کمک مالی خود را داشته باشید. شفاخانه معلوماتی در مورد طریقه درخواست تجدیدنظر را در نامه تصمیم خود درج خواهد کرد.
- شفاخانه ها بل های پرداخت نشده را کم از کم 180 روز بعد از اولین بل شما برای ایجنسی دریافت وجه، ارسال کرده نمی توانند.
- انجام اقدامات قانونی، از جمله ثبت شکایت حقوقی، برای دریافت بل های صحی پرداخت نشده از مریضانی که زیر 400 فیصد از سطح فقر فدرال قراردارند، برای شفاخانه منع است.طرزالعمل های فقر را در اینجا قرار دارند: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic- mobility/poverty-guidelines
- از هر قسم معلومات ارائه شده در این درخواست تنها توسط شفاخانه برای تعیین واجدیت شرایط شما برای کمک مالی استفاده می شود و این معلومات تا آنجا که قانون اجازه دهد محرم خواهد بود.
- شفاخانه به علت پرداخت نشدن بل طبی شما اجاز ندارد که شما را از خدمات ضروری طبی محروم نماید.
- اگر در رابطه به این درخواستی ضرورت به کمک دارید، لطفاً همراه دفتر کمک مالی از UVM Health Network به شماره 8000-847 (802) یا 2719-639 (800) به تماس شوید.
- اگر در رابطه به این درخواستی ضرورت به کمک اضافه داشتید یا برای ثبت درخواست تجدیدنظر در فیصله ضرورت به کمک داشتید، همراه Community Health Advocates به تماس شده می توانید:888-614-5400.

واجدیت شرایط

هیچ چیز توانایی شفاخانه را برای ایجاد واجدیت شرایط مریض برای تخفیف در پرداخت در سطوح عاید بلندتر از موارد ذکر شده در زیر و/یا ارائه تخفیف های اضافه از تخفیف های لازمی به اساس قانون صحت عامه برای مریضان واجد شرایط، محدود نمی کند. به علاوه، وضعیت مهاجرت باید یگان معیار واجدیت شرایط برای تعیین کمک مالی نباشد.

افراد زیر واجد شرایط هستند:

- افراد دارای عاید کم و بدون بیمه صحی؛ یا
- افراد کم بیمه شده (مصارف صحی شخصی که در جریان دوازده ماه قبل جمع شده است و اضافه از ده فیصد از عاید ناخالص سالانه این فرد می باشند)؛ یا
- کسانی که مزایای بیمه صحی خود را خلاص کرده اند و نداشتن توانایی پرداخت مصارف کامل را نشان داده می توانند؛ یا
- به صلاحدید شفاخانه، افرادی که ناتوانی در پرداخت مصرف مشترک و/یا کسر شده خود را نشان داده می توانند، درخواست کاهش یا تخفیف پرداخت را کرده می توانند.

اشخاص تا 400% از سطح فقر فدرال واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند.

سطوح فقر فدرال (2024)			
اندازه خانواده	**200%**	**300%**	**400%**
1 نفر	30,120 $	45,180 $	60,240 $
2 نفر	40,880 $	61,320 $	81,760 $
3 نفر	51,640 $	77,460 $	103,280 $
4 نفر	62,400 $	93,600 $	124,800 $
5 نفر	73,160 $	109,740 $	146,320 $
6 نفر	83,920 $	125,880 $	167,840 $
7 نفر	94,680 $	142,020 $	189,360 $

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

پایین ترین نرخ های تخفیف

اگر واجد شرایط دریافت کمک مالی باشید، مصارف شما نظر به عاید شما به اساس مقیاس فیس شناور، به قسم زیر کم می شود:

سطح عاید	**پرداخت**
کمتر از 200% FPL	لغو همه فیس ها
200% - 300% FPL	مریضان بیمه نشده: مقیاس فیس تا 10% از مقداری که باید برای خدمات توسط Medicaid پرداخت می شد. مریضان کم بیمه شده: تا 10% از مبلغی که باید طبق تقسیم مصرف بیمه این مریض پرداخت می شد.
301% - 400% FPL	مریضان بیمه نشده: مقیاس فیس تا 20% از مقداری که باید برای خدمات توسط Medicaid پرداخت می شد. مریضان کم بیمه شده: تا 20% از مبلغی که باید طبق تقسیم مصرف بیمه این مریض پرداخت می شد.

شفاخانه ها ممکن است تخفیف های اضافی را برای مریضان واجد شرایط ارائه دهند و/یا تخفیف ها در پرداخت را برای مریضان در سطوح عایدی بلندتر ارائه دهند.

پلان های قسطی

پلان های قسطی برای مریضانی قابل دسترس است که قادر به پرداخت مبلغ کمتر به طور یکجا نیستند. پرداخت های ماهانه نمی تواند اضافه از 5% از عاید ناخالص ماهانه شما باشد و مقدار سود تعیین شده برای مریض در بیلانس پرداخت نشده نباید اضافه از 2% باشد.

درخواست ثبوت عاید خانواده

لطفاً معلومات عاید مریض، همسر و هر شخص وابسته (مانند اولاد) از او را درج کنید. به طور مثال، این معلومات به شمول همه افراد درج شده در یک اظهارنامه مالیاتی (ثبت کننده اظهارنامه مالیاتی، همسر و افراد وابسته) در محاسبه عاید خانواده شما می شود.

در زیر لست اسنادی است که برای ثبوت عاید خود استفاده کرده می توانید. شما مجبور نیستید همه این اسناد را ارائه کنید. همچنان اگر کدام عایدی نداشتید، اظهارنامه نداشتن عاید خانواده را تسلیم کرده می توانید.

همچنان برگه تعیین واجدیت شرایط را از NY State of Health Marketplace ارائه کرده می توانید. اگر این سند را دارید، مجبور نیستید هیچ کدام معلومات عاید دیگری را که در زیر ذکر شده برای شفاخانه ارائه کنید.

اگر خانواده این موارد را دریافت می کند:	مقدار در ماه:	متقاضی باید ارائه کند:
دستمزدها	$	لطفاً یک برگه عاید، یا نامه از صاحبکار را در برگه مخصوص مکتوب شرکت که امضا و تاریخ داشته باشد یا یک اظهارنامه مالیات عاید اخیر را ارائه نمایید.
پرداختی سوشیال سکیوریتی	$	کاپی نامه/تصدیق نامه تایید کمک، یا مکاتبات از طرف U.S. Social Security Administration یا نامه مزایای سالانه. برای درخواست یک کاپی از نامه مزایای سوشیال سکیوریتی خود، با شماره 1-800-772-1213 به تماس شوید یا به www.ssa.gov رجوعکنید.
جبران بیکاری	$	کاپی نامه/تصدیق نامه تایید کمک، یا اظهارنامه مزایای ماهانه از NYS Department of Labor، یا کاپی از کارت پرداخت مستقیم با چاپ، یا نامه از NYS Department of Labor یا چاپ معلومات حساب دریافت کننده از ویب سایت NYS Department of Labor NYS (www.labor.state.ny.us).
پرداخت معلولیت	$	کاپی نامه/تصدیق نامه تایید کمک، یا مکاتبات از طرف Social Security Administration یا کاپی از نامه مزایای سالانه. برای درخواست یک کاپی از نامه مزایای خود، با شماره 1-800-772-1213 به تماس شوید یا به www.ssa.gov رجوع کنید.
جبران کارکنان	$	کاپی نامه تایید کمک یا برگه چک.
نفقه طفل/حمایت مالی طفل	$	کاپی از حکم محکمه، یا 3 ماه چک/رسیدهای نقد شده.
سود سهام/سود	$	اظهارنامه های تقسیم سود سه ماهه یا اظهارنامه 1 ماهه.
دیگر	$	نامه ای که میزان عایدی غیر دستمزد (اگر دارید)، مثل عاید از کرایه، پول نقد برای وظایف عجیب و غیره را بیان می کند.
بدون عاید	$0	اظهارنامه نداشتن عاید امضا شده.