NYS युनिफर्म अस्पतालको आर्थिक सहायता आवेदन

तपाईंले बीमा नगरिएको अवस्थामा, तपाईंको बीमा सकिएको अवस्थामा वा तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ तर तपाईंको आम्दानीको 10% भन्दा बढी भुक्तानी गरिएको चिकित्सा खर्चको प्रमाण छ भने, तपाईं आफ्नो बिल तिर्न अस्पतालको आर्थिक सहायताका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यो फाराम भर्नाले अस्पतालको आर्थिक सहायताका लागि तपाईंको अनुरोध सुरु हुने छ। यो फाराम न्यूयोर्क राज्यका सबै अस्पतालले प्रयोग गर्छन्।

यो आवेदन अस्पतालले सेवा प्रदान गर्ने बिरामीहरूले बोल्ने प्राथमिक[1] भाषाहरूमा प्रिन्ट गरिएको हुनुपर्छ।

बिरामीको नाम (लागूयोग्य जानकारी पूरा गर्नुहोस्)

बिरामीको नाम (पहिलो, बिचको, अन्तिम)		
जन्ममिति (महिना/दिन/वर्ष)		
ठेगाना	अपार्टमेन्ट/युनिट #	
सहर	राज्य	जिप
सम्पर्कसम्बन्धी फोन #		
आमाबुवा/अभिभावक वा कानुनी प्रतिनिधिको नाम (बिरामी नाबालिग बच्चा वा असक्षम वयस्क हुनुहुन्छ भने)		
इमेल ठेगाना (कुनै भएमा)		

पारिवारिक जानकारी:

कृपया तपाईंको घरपरिवारमा बस्ने सबै परिवारका सदस्यको नाम तल सूचीबद्ध गर्नुहोस्। तपाईंको घरपरिवारमा तपाईं स्वयं, तपाईंका जीवनसाथी वा घरेलु साथी र कुनै पनि बालबालिका वा अन्य आश्रित समावेश हुन्छन्। उदाहरणका लागि, यसमा एउटै कर फिर्तीमा उल्लेख भएका सबै व्यक्ति समावेश हुनुहुन्छ।

कुल आम्दानी भन्नाले कर कटौती गर्नु**अघि** तपाईंको आम्दानीलाई जनाउँछ।

कुल आम्दानीमा कामबाट प्राप्त आम्दानी (तलब, ज्याला, टिप्स, स्वरोजगार आम्दानी), गैर-आर्जित आम्दानी (सामाजिक सुरक्षा, असक्षमता र बेरोजगारी लाभ), योगदान (परिवार वा साथीहरूबाट प्राप्त रकम) र अन्य आम्दानीका स्रोतहरू (अस्थायी सहयोग तथा पूरक सामाजिक सुरक्षा आम्दानी) समावेश हुन सक्छन्।

पूरा नाम	**सम्बन्ध**	**जम्मा कुल आम्दानी (हालको)**
	स्वयं	

[1] "प्राथमिक भाषा" भन्नाले वर्षको कम्तीमा 5% बिरामी भेटघाटमा प्रयोग हुने कुनै पनि भाषा वा संयुक्त राज्य अमेरिकाको जनगणना ब्यूरोबाट उपलब्ध विद्यालय प्रणालीका तथ्याङ्कले परिपूरक गरिएको जनसाङ्ख्यिकीय जानकारी प्रयोग गरेर गणना गरिएको अस्पतालको प्रमुख सेवा क्षेत्र जनसङ्ख्याको 1% भन्दा बढीले बोल्ने कुनै पनि भाषा बुझिन्छ।

अस्पतालले तपाईंलाई आम्दानीको प्रमाणको रूपमा कागजात पेश गर्न अनुरोध गर्न सक्छ; कागजातका उदाहरणहरूमा pe स्टब, तपाईंको रोजगारदाताबाट पत्र लागूयोग्य भएमा वा फाराम 1040 समावेश हुन सक्छन्।

स्वास्थ्य बीमा स्थिति
के तपाईंसँग Medicaid, Medicare वा तपाईंको रोजगारदाताबाट प्राप्त निजी बीमा वा आफैंले खरिद गरेको बीमासहित कुनै स्वास्थ्य बीमा छ? ☐ छ ☐ छैन

तपाईंले "छैन" भनी जवाफ दिनुभयो भने, के तपाईं यी कार्यक्रमहरूमध्ये कुनैमा आवेदन दिन सहयोग मनपर्छ?

☐ पर्दैन ☐ पर्छ

कम बीमा गरिएका बिरामीहरू: बीमा र उच्च चिकित्सा अनुभव भएका व्यक्तिहरू। तपाईंसँग बीमा छ भने, कृपया विगत 12 महिनामा तपाईंले तिरेका स्वास्थ्य खर्चको अनुमान दिनुहोस्।

$

अस्पतालले तपाईंलाई तिरेका स्वास्थ्य खर्चको प्रमाणको रूपमा कागजात पेश गर्न अनुरोध गर्न सक्छ।

बिरामी/जिम्मेवार पक्ष: बिरामी नभएमा फाराममा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिको नाम र उहाँहरूसँग बिरामीको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने अधिकार के हो भनेर उल्लेख गर्नुहोस् (जस्तै, जीवनसाथी, आमाबुवा, कानुनी प्रतिनिधि)।

म मैले पेश गरेको जानकारी बाह्य स्रोतहरूबाट प्रमाणित गरिन सक्ने छ भनी बुझ्दछु। म मेरो ज्ञानअनुसार यो जानकारी सत्य र पूर्ण छ भनी प्रमाणित गर्दछु।

मुद्रित नाम बिरामीसँगको सम्बन्ध	मिति
हस्ताक्षर	

न्यून योग्यता र मार्गनिर्देशनहरू

आवेदन समयरेखा, बिरामी अधिकारहरू र गोपनीयता

- तपाईं भुक्तानी सङ्कलन प्रक्रियाको कुनै पनि समयमा आर्थिक सहयोगका लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ।
- आर्थिक सहयोगका लागि तपाईंको आवेदनमा निर्णय नआएसम्म तपाईंले यस अस्पतालमा कुनै भुक्तानी गर्न आवश्यक छैन। तपाईंको आवेदन प्रक्रिया चलिरहेकामा अस्पतालहरूले तपाईंको खाता सङ्कलन विभागमा पठाउन सक्दैनन्।
- तपाईंले आर्थिक सहायता अस्वीकार गर्नुहुन्छ भने, तपाईंसँग अपील गर्ने अधिकार छ। यसका लागि आवश्यक जानकारी तपाईंले प्राप्त गर्ने अस्पतालको सूचनामा समावेश हुने छ। तपाईंसँग आफ्नो आर्थिक सहयोगको रकमको बिरूद्ध अपील गर्ने अधिकार हुन सक्छ। अपील कसरी गर्ने भन्ने जानकारी अस्पतालले आफ्नो निर्णय पत्रमा समावेश गर्ने छ।
- पहिलो बिल प्राप्त गरेपछि कम्तीमा 180 दिनसम्म अस्पतालहरूले तिर्न बाँकी बिलहरू सङ्कलन एजेन्सीमा पठाउन सक्दैनन्।
- संघीय गरिबी स्तरको 400% भन्दा कम आम्दानी भएका बिरामीहरूको तिर्न बाँकी स्वास्थ्य बिलहरू उठाउन अस्पतालहरूले कानुनी कारबाही, जसमध्ये मुद्दा दायर गर्ने कार्य पनि, गर्न रोकिएको छ। गरिबी मार्गनिर्देशन यहाँ फेला पार्न सकिन्छ: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines
- यस आवेदनमा दिइएको कुनै पनि जानकारी अस्पतालले मात्र तपाईंको आर्थिक सहयोगको योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गर्ने छ र कानुनले अनुमति दिएको सीमा भित्र गोपनीय रहने छ।
- तपाईंसँग तिर्न बाँकी स्वास्थ्य बिल भए पनि अस्पतालले तपाईंलाई चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवा प्रदान गर्न अस्वीकार गर्न सक्दैन।
- तपाईंलाई यस आवेदनसँग सहयोगको आवश्यकता छ भने, कृपया UVM Health Network को आर्थिक सहायता कार्यालयलाई (802)847-8000 वा (800) 639-2719 मा सम्पर्क गर्नुहोस्।
- तपाईंलाई यस आवेदनमा थप सहायता वा निर्णयविरुद्ध अपील गर्न मद्दत आवश्यक छ भने, तपाईं Community Health Advocates सँग सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ: 888-614-5400.

योग्यता

कुनै पनि कुरा अस्पतालको योग्य बिरामीहरूका लागि तल दिइएको भन्दा बढी आम्दानी स्तरमा भुक्तानी छुट निर्धारण गर्ने वा सार्वजनिक स्वास्थ्य कानुनअनुसार आवश्यकताभन्दा बढी भुक्तानी छुट प्रदान गर्ने क्षमता सीमित गर्दैन। थप रूपमा, आर्थिक सहयोगको योग्यता निर्धारण गर्ने उद्देश्यका लागि आप्रवासन स्थिति योग्यता मापदण्ड हुन सक्दैन।

निम्न व्यक्तिहरू योग्य हुन सक्नुहुन्छ:

- स्वास्थ्य बीमाविना न्यून-आम्दानी भएका व्यक्तिहरू वा
- अपूर्ण बीमा भएका व्यक्ति (गत बाह महिनामा संचित आफ्नै खर्चका स्वास्थ्य लागतहरू जसको कुल वार्षिक आम्दानीको दस प्रतिशतभन्दा बढी हुन्छ) वा
- जो आफ्नो स्वास्थ्य बीमा लाभ समाप्त गरिसकेका छन् र पूर्ण शुल्क तिर्न असमर्थता देखाउन सक्षम छन् वा
- अस्पतालको निर्णयअनुसार, आफ्नो कोपे र/वा कटौतीयोग्य रकम तिर्न असमर्थता देखाउन सक्ने व्यक्तिहरूले घटाइएको वा छुट गरिएको भुक्तानीको अनुरोध गर्न सक्दछन्।

संघीय गरिबी स्तरको 400% सम्म आम्दानी भएका व्यक्ति आर्थिक सहयोगका लागि योग्य छन्।

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

वार्षिक रूपमा अपडेट गरिएको: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty- guidelines

न्युन छुट दरहरू

तपाईं आर्थिक सहयोगका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंको शुल्क तपाईंको आम्दानीअनुसार तल दिइएको स्लाइडिङ शुल्क स्केलअनुसार घटाइने छ:

आम्दानीको स्तर	भुक्तानी
200% FPL भन्दा तल	सबै शुल्कमा छुट
200% - 300% FPL	बीमा नगरिएका बिरामीहरू: Medicaid ले सेवा(हरू) का लागि तिर्दै आएको रकमको 10% सम्मको स्लाइडिङ स्केल। कम बीमा गरिएका बिरामीहरू: त्यस्तो बिरामीको बीमा लागत साझेदारीअनुसार भुक्तानी गरिने रकमको अधिकतम 10% सम्म।
301% - 400% FPL	बीमा नगरिएका बिरामीहरू: Medicaid ले सेवा(हरू) का लागि तिर्दै आएको रकमको 20% सम्मको स्लाइडिङ स्केल। कम बीमा गरिएका बिरामीहरू: त्यस्तो बिरामीको बीमा लागत साझेदारीअनुसार भुक्तानी गरिने रकमको अधिकतम 20% सम्म।

अस्पतालहरूले योग्य बिरामीहरूलाई बढी छुट प्रदान गर्ने वा उच्च आम्दानी भएका बिरामीहरूका लागि भुक्तानी छुटको प्रस्ताव गर्ने विकल्प राख्न सक्छन्।

किस्ता योजनाहरू

कम गरिएको शुल्क एकैपटक तिर्न नसक्ने बिरामीहरूका लागि किस्ता योजनाहरू उपलब्ध छन्। मासिक भुक्तानी तपाईंको कुल मासिक आम्दानीको ५% भन्दा बढी हुन सक्दैन र बाँकी रकममा लाग्ने ब्याजदर (यदि कुनै लागू भएमा) २% भन्दा बढी हुनु हुँदैन।

घरपरिवारको आम्दानीको प्रमाणका लागि अनुरोध

कृपया बिरामी, उहाँहरूको जीवनसाथी र कुनै आश्रित (जस्तै बालबालिका) को आम्दानीसम्बन्धी जानकारी समावेश गर्नुहोस्। उदाहरणका लागि, यसमा गृहस्थी आम्दानीको गणनामा एउटै कर फिर्तीमा समावेश सबै व्यक्ति (कर फाइल गर्ने व्यक्ति, जीवनसाथी र कर आश्रितहरू) समावेश गरिनुपर्छ।

तपाईंले आफ्नो आम्दानी प्रमाणित गर्न प्रयोग गर्न सक्ने कागजातहरूको सूची तल दिइएको छ। तपाईंलाई यी सबै कागजात प्रदान गर्नुपर्दैन। तपाईंको कुनै आम्दानी छैन भने, तपाईं घरपरिवारमा आम्दानी नभएको प्रमाणपत्र पनि प्रदान गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईंले NY State of Health Marketplace बाट प्राप्त योग्यता निर्धारण पृष्ठ पनि प्रदान गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंसँग यो कागजात छ भने, अस्पताललाई तल सूचीबद्ध अन्य आम्दानीसम्बन्धी जानकारी दिन आवश्यक छैन।

घरपरिवारले निम्न प्राप्त गर्नुहुन्छ भने:	प्रति महिनाको रकम:	आवेदकले निम्न प्रदान गर्नु हुने छ:
ज्याला	$	कृपया एउटा पेचेक स्टब वा कम्पनीको लेटरहेडमा रोजगारदाताबाट प्राप्त पत्र, हस्ताक्षरित र मितिसहित वा सबैभन्दा भर्खर दर्ता गरिएको आयकर विवरण प्रदान गर्नुहोस्।
सामाजिक सुरक्षा भुक्तानी	$	अवार्ड पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि वा संयुक्त राज्य सामाजिक सुरक्षा प्रशासनबाट प्राप्त पत्राचार वा वार्षिक लाभ पत्रको प्रतिलिपि। तपाईंको सामाजिक सुरक्षा लाभ पत्रको प्रतिलिपिका लागि अनुरोध गर्न, 1-800-772-1213 लाई कल गर्नुहोस् वा www.ssa.govमा जानुहोस्।
बेरोजगारी क्षतिपूर्ति	$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि वा NYS श्रम विभागबाट प्राप्त मासिक लाभ विवरण वा प्रत्यक्ष भुक्तानी कार्डको प्रतिलिपि साथै प्रिन्टआउट वा NYS श्रम विभागको पत्राचार वा NYS श्रम विभागको वेबसाइट (www.labor.state.ny.us) बाट प्राप्तकर्ताको खाता जानकारीको प्रिन्टआउट।
असक्षमता भुक्तानी	$	अवार्ड पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि वा सामाजिक सुरक्षा प्रशासनबाट प्राप्त पत्राचार वा वार्षिक लाभ पत्रको प्रतिलिपि। तपाईंको लाभ पत्रको प्रतिलिपिका लागि अनुरोध गर्न, 1-800-772-1213 लाई कल गर्नुहोस् वा www.ssa.govमा जानुहोस्।
कामदारहरूको क्षतिपूर्ति	$	अवार्ड पत्रहरूको प्रतिलिपि वा स्टब जाँच गर्नुहोस्।
भत्ता/बाल सहायता	$	अदालतको आदेशको प्रतिलिपि वा 3 महिनासम्मका भुक्तानी गरिएका चेक/रसीदहरू।
लाभांश/ब्याज	$	त्रैमासिक लाभांश विवरणहरू वा 1 महिनाको विवरणहरू।
अन्य	$	गैर-तलब आम्दानी (छ भने), जस्तै भाडाबाट हुने आम्दानी, सानातिना कामको नगद भुक्तानी आदि, को रकम उल्लेख गरिएको पत्र।
कुनै आम्दानी छैन	$0	आम्दानी नभएको हस्ताक्षरित कथन।