Єдина заява на отримання фінансової допомоги від штату Нью-Йорк

Ви можете мати право на отримання фінансової допомоги від лікарні для оплати рахунків за медичні послуги, якщо ви не застраховані, якщо ваша страховка вичерпана, або якщо ви маєте медичну страховку, але водночас маєте підтвердження оплачених рахунків за медичні послуги на загальну суму понад 10% від вашого доходу. Для подачі запиту на отримання фінансової допомоги від лікарні треба заповнити цю форму. Ця форма використовується всіма лікарнями штату Нью-Йорк.

Ця заява має надаватися основними[1] мовами, якими розмовляють пацієнти, що обслуговуються в лікарні.

Ім'я пацієнта (надайте повну застосовну інформацію)

Ім'я пацієнта (ім'я, по батькові, прізвище)		
Дата народження (мм/дд/ррр)		
Адреса	Номер квартири/помешкання	
Місто	Штат	Поштовий індекс
Контактний телефон		
Ім'я батьків/опікуна або законного представника (якщо пацієнт є неповнолітньою дитиною або недієздатною дорослою особою)		
Адреса ел. пошти (якщо є)		

Інформація про склад сім'ї:

Будь ласка, перелічіть нижче всіх членів сім'ї, які проживають у вашому домогосподарстві. До складу домогосподарства включаються Ви, Ваш чоловік/дружина або цивільний партнер, а також діти та інші утриманці. Наприклад, сюди входять усі, хто вказаний в одній податковій декларації.

Валовий дохід означає ваш дохід **до** вирахування податків.

Валовий дохід може складатися з трудових доходів (заробітна плата, чайові, доходи від індивідуальної трудової діяльності), нетрудових доходів (соціальне забезпечення, допомога по інвалідності та безробіттю), внесків (кошти від сім'ї або друзів) та інших джерел доходу (тимчасова допомога та додаткові виплати по страхуванню).

Повне ім'я	Відносини	Сукупний валовий дохід (поточний)
	Я	

Лікарня може попросити вас надати документи для підтвердження доходу; прикладами документів можуть бути квитанція про нарахування заробітної плати, лист від вашого роботодавця, якщо це можливо, або форма 1040.

[1] «Основні мови» включають будь-яку мову, яка використовується для спілкування принаймні в 5% візитів пацієнтів на рік, або будь-яку мову, якою розмовляє більше 1% населення території обслуговування первинної лікарні, що розраховується на основі демографічної інформації, доступної в Бюро перепису населення США, доповненої даними зі шкільних систем.

Статус медичного страхування

Чи маєте ви будь-яку програму медичного страхування, включаючи Medicaid, Medicare або приватну страховку від вашого роботодавця або придбану самостійно? ☐ Так ☐ Ні

Якщо ви відповіли «Ні», чи хотіли б ви отримати допомогу в подачі заявки на будь-яку з цих програм?

☐ Так ☐ Ні

Недостраховані пацієнти: люди, що мають страховку, та водночас високі медичні витрати.
Якщо у Вас є страховка, будь ласка, надайте оцінку рахунків за медичні послуги, які Ви сплатили за останні 12 місяців.

$

Лікарня може попросити вас надати документи, що підтверджують сплачені рахунки за медичні послуги.

Пацієнт/відповідальна особа: Якщо це не пацієнт, вкажіть ім'я особи, яка підписує форму, та її повноваження на підписання від імені пацієнта (наприклад, чоловік/дружина, батьки, законний представник).

Я розумію, що надана мною інформація може підлягати перевірці із залученням зовнішніх джерел. Я підтверджую, що інформація є правдивою і повною, наскільки мені відомо.

Ім'я друкованими літерами Відносини з пацієнтом	Дата
Підпис	

Мінімальні критерії прийнятності та рекомендації щодо подання

Терміни подання заявки, права пацієнта та конфіденційність

- Ви можете подати заявку на отримання фінансової допомоги на будь-якому етапі.
- Ви не повинні здійснювати жодних платежів цій лікарні, доки не отримаєте рішення щодо вашої заяви на отримання фінансової допомоги. Лікарні не мають права передавати рахунки на стягнення, поки ваша заява перебуває на розгляді.
- Якщо вам відмовлено у отриманні фінансової допомоги, ви маєте право подати апеляцію. Порядок подачі апеляції буде вказаний у повідомленні, яке ви отримаєте від лікарні. Ви можете мати право оскаржити розмір фінансової допомоги. Інформація про те, як подати оскарження, буде міститися в листі з рішенням лікарні.
- Лікарні не можуть надсилати неоплачені рахунки до колекторського агентства протягом щонайменше 180 днів після виставлення вам першого рахунку.
- Лікарням заборонено вживати юридичних заходів, у тому числі подавати позови, щоб стягнути неоплачені рахунки за медичні послуги з пацієнтів, чий дохід нижче 400% федерального прожиткового мінімуму для працездатних осіб. Правила визначення прожиткового мінімуму можна знайти тут: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines
- Будь-яка інформація, надана в цій заяві, буде використана лікарнею лише для визначення вашого права на отримання фінансової допомоги і залишиться конфіденційною в межах, передбачених законодавством.
- Лікарня не може відмовити вам у наданні необхідних з медичної точки зору послуг через наявність у вас неоплаченого рахунку за медичні послуги.
- Якщо вам потрібна допомога в заповненні цієї заявки зверніться до відділу фінансової допомоги UVM Health Network за телефоном (802)847-8000 або (800) 639-2719.
- Якщо вам потрібна додаткова допомога з цією заявкою або допомога в оскарженні рішення, ви можете звернутися до Community Health Advocates: 888-614-5400.

Права на отримання

Немає жодних обмежень для лікарні встановлювати право пацієнта на отримання знижок при рівні доходу, вищому за вказаний нижче, та/або надавати більші знижки пацієнтам, які мають на це право, ніж ті, що передбачені Законом про громадське здоров'я. Крім того, імміграційний статус не є критерієм для визначення права на отримання фінансової допомоги.

Право на отримання допомоги мають:

- Особи з низьким рівнем доходу без медичного страхування; або
- Особи, які недостраховані (витрати на медичне обслуговування, накопичені за останні дванадцять місяців, становлять більше десяти відсотків від валового річного доходу такої особи); або
- Ті, хто вичерпав свої страхові виплати за медичним страхуванням і може підтвердити неспроможність сплатити повну вартість лікування; або
- За рішенням лікарні, особи, які можуть підтвердити неспроможність сплатити доплату та/або відрахування, можуть подати запит на зменшення або знижку на оплату.

Право на фінансову допомогу мають особи, чий дохід не перевищує 400% федерального прожиткового мінімуму.

Федеральний прожитковий мінімум (2024)			
Розмір домогосподарства	**200%**	**300%**	**400%**
1 особа	$30 120	$45 180	$60 240
2 особи	$40 880	$61 320	$81 760
3 особи	$51 640	$77 460	$103 280
4 особи	$62 400	$93 600	$124 800
5 осіб	$73 160	$109 740	$146 320
6 осіб	$83 920	$125 880	$167 840
7 осіб	$94 680	$142 020	$189 360

Оновлюється щороку: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty- guidelines

Мінімальні ставки знижок

Якщо ви маєте право на фінансову допомогу, ваші витрати будуть зменшені відповідно до вашого доходу за гнучкою шкалою, як наведено нижче:

Рівень доходу	**Оплата**
Нижче 200% FPL	Звільнення від усіх платежів
200% - 300% FPL	Незастраховані пацієнти: Гнучка шкала до 10% від суми, яка була б сплачена за послугу(и) за програмою Medicaid. Недостраховані пацієнти: Максимум до 10% від суми, яка була б сплачена відповідно до розподілу витрат за страховкою такого пацієнта.
301% - 400% FPL	Незастраховані пацієнти: Гнучка шкала до 20% від суми, яка була б сплачена за послугу(и) за програмою Medicaid. Недостраховані пацієнти: Максимум до 20% від суми, яка була б сплачена відповідно до розподілу витрат за страховкою такого пацієнта.

Лікарні можуть надавати більші знижки пацієнтам, які мають на це право, та/або пропонувати знижки на оплату пацієнтам з вищим рівнем доходу.

Плани розстрочки

Плани розстрочки доступні для пацієнтів, які не в змозі сплатити вартість послуг зі знижкою за один раз. Щомісячні платежі не можуть перевищувати 5% від вашого валового місячного доходу, а відсоткова ставка, що нараховується пацієнту на несплачений залишок, якщо такий є, не повинна перевищувати 2%.

Запит на отримання підтвердження доходу домогосподарства

Будь ласка, надайте інформацію про доходи пацієнта, його/її дружини/чоловіка та всіх утриманців (доприкладу, дітей). Наприклад, при розрахунку доходу домогосподарства враховуються всі особи, які подали одну податкову декларацію (платник податків, дружина/чоловік та утриманці).

Нижче наведено перелік документів, які ви можете використовувати для підтвердження вашого доходу. Ви не зобов'язані надавати всі ці документи. Ви також можете надати заявку про відсутність доходу, якщо у вас немає доходу.

Ви також можете надати сторінку визначення відповідності критеріям з NY State of Health Marketplace. Якщо у вас є цей документ, вам не потрібно надавати лікарні будь-яку іншу інформацію про доходи, перераховану нижче.

Якщо домогосподарство отримує:	**Сума на місяць:**	**Заявник може надати:**
Заробітна плата	$	Будь ласка, надайте одну квитанцію про нарахування заробітної плати або лист від роботодавця на фірмовому бланку компанії, підписаний і датований, або останню подану декларацію про доходи.
Виплати із соціального забезпечення	$	Копія листа/свідоцтва про призначення, або листування з U.S. Social Security Administration, або лист про щорічні виплати соціального забезпечення. Щоб отримати копію листа про виплати соціального забезпечення, зателефонуйте за номером 1-800-772-1213 або відвідайте вебсайт www.ssa.gov.
Допомога по безробіттю	$	Копія листа/свідоцтва про призначення або лист з підтвердженням щомісячних виплат з NYS Department of Labor, або Copy of Direct Payment Card з роздруківкою, або кореспонденція з NYS Department of Labor, або роздруківка інформації про рахунок одержувача з вебсайту NYS Department of Labor (www.labor.state.ny.us).
Виплата по інвалідності	$	Копія листа/свідоцтва про призначення, або листування з Social Security Administration, або копія лист про щорічні виплати. Щоб отримати копію листа про виплати зателефонуйте за номером 1-800-772-1213 або відвідайте вебсайт www.ssa.gov.
Компенсація працівникам	$	Копія листа про призначення або квитанція.
Аліменти / допомога на дитину	$	Копія судового рішення або чеків/квитанцій за 3 місяці.
Дивіденди/відсотковий дохід	$	Квартальні звіти про дивіденди або виписки за 1 місяць.
Інше	$	Лист із зазначенням суми доходів, не пов'язаних із заробітною платою (якщо такі є), наприклад, дохід від оренди, готівка за нерегулярні підробітки тощо.
Немає доходу	$0	Підписана заява про відсутність доходів.