

الطلب الموحد للحصول على المساعدة المالية في المستشفى التابع إلى NYS

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية/ رعاية خيرية في المستشفى لدفع فواتيرك الطبية إذا كان غير مؤمن عليك، أو إذا كان تأمينك تم استنفاده، أو إذا كنت تتمتع بتأمين صحي ولكن لديك إثبات على نفقات طبية مدفوعة يبلغ مجموعها أكثر من 10% من دخلك. سيؤدي إكمال هذا النموذج إلى بدء طلبك للحصول على المساعدة المالية في المستشفى. تستخدم جميع المستشفيات في ولاية New York هذا النموذج

أكمل جميع المعلومات المنطبقة

اسم المريض (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير)	
تاريخ الميلاد	
العنوان	رقم الشقة/ الوحدة:
المدينة	الولاية
رقم هاتف المنزل:	الرقم الخليوي:
اسم أحد الوالدين/ الوصي أو أسماء الممثلين القانونيين (إذا كان المريض طفلاً قاصراً أو بالغاً عاجزاً)	
عنوان البريد الإلكتروني:	

معلومات الأسرة:

يُرجى إدراج جميع أفراد الأسرة في عائلتك أدناه. تشمل العائلة نفسك وزوجك/ زوجتك أو شريكك المنزلي وأي أطفال أو معالين آخرين. على سبيل المثال، سيشمل ذلك كل فرد مدرج في الإقرار الضريبي نفسه.

المقصود بالدخل الإجمالي ذلك قبل خصم الضرائب.

يمكن أن يتكون الدخل الإجمالي من أرباح العمل (الأجور والمرتبات والإكراميات والأرباح من العمل الحر) والدخل غير المكتسب (استحقاقات البطالة وحالة الإعاقة والضمان الاجتماعي) والاشتراكات (الأموال من الأسرة أو الأصدقاء) ومصادر الدخل الأخرى (المساعدة المؤقتة ودخل الضمان الاجتماعي الإضافي).

الاسم بالكامل	الصلة	مجموع الدخل الإجمالي

يجوز للمستشفى أن يطلب منك تقديم المستندات كإثبات على الدخل؛ قد تشمل أمثلة المستندات كشف الراتب، أو خطاب من صاحب العمل إذا كان ذلك ممكناً، أو النموذج 1040.

حالة التأمين الصحي

هل لديك أي نموذج من نماذج التأمين الصحي، بما في ذلك Medicaid أو Medicare أو التأمين الخاص من خلال صاحب العمل أو الذي اشتريته بنفسك؟
 نعم لا

إذا أجبت بـ "لا"، فهل ترغب في الحصول على المساعدة في التقدم بطلب لأي من هذه البرامج؟
 نعم لا

المرضى المؤمن عليهم بشكل غير كافٍ: الأشخاص الذين لديهم تأمين ونفقات طبية عالية. إذا كان لديك تأمين، يُرجى تقديم رقم تقديري للفواتير الطبية التي دفعتها في آخر 12 شهرًا.

دولار أمريكي

قد يطلب منك المستشفى تقديم المستندات كإثبات على النفقات الطبية المدفوعة.

المرضى/ الطرف المسؤول: إذا لم يكن المريض، أدرج اسم الشخص الموقَّع على النموذج وسلطته للتوقيع نيابةً عن المريض (مثل الزوج/ الزوجة أو أحد الوالدين أو الممثل القانوني).

أدرك أن المعلومات التي أقدمها قد تخضع للتحقق من مصدر خارجي. أقر أن المعلومات صحيحة وكاملة على حد علمي.

الاسم بأحرف واضحة	التاريخ
المريض/ الصلة بالمريض:	
التوقيع:	

الحد الأدنى للأهلية والتوجيهات الجدول الزمني للتقدم بالطلب وحقوق المرضى والسرية

- يمكنك التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية في أي وقت خلال عملية التحصيل.
- لا يتعين عليك سداد أي مدفوعات لهذا المستشفى حتى تتلقى قرارًا بشأن طلبك للحصول على مساعدة مالية. لا يجوز للمستشفيات تحويل الحسابات لتحصيلها في أثناء انتظار الرد على طلبك.
- إذا تم رفض طلبك للمساعدة المالية، فلديك الحق في الاستئناف. سيتم تضمين معلومات حول كيفية إجراء تقديم الاستئناف في إشعار المستشفى الذي تتلقاه. قد يكون لديك الحق في الاستئناف على مبلغ المساعدة المالية الذي حصلت عليه. سيردج المستشفى معلومات حول كيفية تقديم الاستئناف في خطاب قراره.
- لا يجوز للمستشفيات إرسال فواتير غير مدفوعة إلى وكالة تحصيل لمدة 180 يومًا على الأقل بعد فاتورتك الأولى.
- يُحظر على المستشفيات اتخاذ إجراءات قانونية، بما في ذلك رفع دعاوى قضائية، لاسترداد الفواتير الطبية غير المدفوعة للمرضى الذين هم أقل من مستوى الفقر الفيدرالي بنسبة 400% . ويمكن الاطلاع هنا على التوجيهات المتعلقة بمستوى الفقر: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- لن يستخدم المستشفى أي معلومات مقدمة في هذا الطلب إلا لتحديد أهليتك للحصول على المساعدة المالية وستظل سرية إلى الحد المسموح به حسب القانون.
- لا يجوز للمستشفى أن يرفض تقديم الخدمات الطبية الضرورية لك لأن لديك فاتورة طبية مستحقة.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة مع هذا الطلب، يُرجى التواصل مع **BronxCare Health Systems** مكتب المساعدة المالية/ الرعاية الخيرية على الرقم **(718) 466-7263** أو **(718) 901-6986**
- إذا كنت بحاجة إلى المزيد من المساعدة في هذا الطلب أو المساعدة في استئناف القرار، يمكنك التواصل مع برنامج جهات الدفاع عن صحة المجتمع على الرقم: 888-614-5400.

الأهلية

لا يوجد ما يحد من قدرة المستشفى على تحديد أهلية المريض للحصول على خصومات سداد عند مستويات دخل أعلى من تلك المحددة أدناه و/أو تقديم خصومات سداد أكبر للمرضى المؤهلين من تلك المطلوبة بموجب قانون الصحة العامة. وبالإضافة إلى ذلك، لا يجوز أن يكون وضع الهجرة معياراً للأهلية لغرض تحديد المساعدة المالية.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية، فسيتم تخفيض الرسوم المفروضة عليك وفقاً لدخلك على مقياس رسوم متدرج على النحو التالي:

مستوى الدخل

التنازل عن جميع الرسوم

أقل من مستوى الفقر الفيدرالي بنسبة 200%

المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس متدرج يصل إلى 10% من المبلغ الذي كان سيدفعه برنامج Medicaid مقابل الخدمة (الخدمات).
المرضى المؤمن عليهم بشكل غير كافٍ: ما يصل إلى 10% كحد أقصى من المبلغ الذي كان سيتم دفعه بموجب تقاسم تكاليف التأمين لهذا المريض.

مستوى الفقر الفيدرالي بنسبة 200% 300%

المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس متدرج يصل إلى 20% من المبلغ الذي كان سيدفعه برنامج Medicaid مقابل الخدمة (الخدمات).
المرضى المؤمن عليهم بشكل غير كافٍ: ما يصل إلى 20% كحد أقصى من المبلغ الذي كان سيتم دفعه بموجب تقاسم تكاليف التأمين لهذا المريض.

مستوى الفقر الفيدرالي بنسبة 301% 400%

يتم التحديث سنوياً: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

يجوز للمستشفيات أن تختار تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين و/أو تقديم خصومات على السداد للمرضى عند مستويات دخل أعلى.

خطط التقسيط

خطط التقسيط متاحة للمرضى الذين لا يستطيعون دفع السعر المخفض على مرة واحدة. لا يجوز أن تتجاوز المدفوعات الشهرية 5% من إجمالي دخلك الشهري، ويجب ألا يتجاوز معدل الفائدة المفروضة على المريض على الرصيد غير المدفوع، إن وجد، 2%.

طلب إثبات دخل العائلة

فيما يلي قائمة بالمستندات التي يمكنك استخدامها لإثبات دخلك. ليس عليك تقديم كل هذه المستندات. يمكنك أيضاً تقديم كشف بعدم وجود دخل للعائلة إذا لم يكن لديك دخل. يجوز لك أيضاً تقديم صفحة تحديد الأهلية من NY State of Health Marketplace. إذا كان لديك هذا المستند، فلا يتعين عليك تقديم أي معلومات دخل أخرى مدرجة أدناه إلى المستشفى.

إذا كانت العائلة تتلقى:	المبلغ شهرياً:	يجوز لمقدم الطلب أن يقدم:
الأجور	_____ دولار أمريكي	يُرجى تقديم كشف راتب واحد، أو خطاب من صاحب العمل على ورق الشركة الرسمي، موقع ومؤرخ، أو أحدث إقرار ضريبي مقدم للدخل.
مدفوعات الضمان الاجتماعي	_____ دولار أمريكي	نسخة من خطاب/ شهادة المنحة، أو رسالة من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية، أو خطاب الاستحقاق السنوي. لطلب نسخة من خطاب استحقاق الضمان الاجتماعي، اتصل على الرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة www.ssa.gov
إعانات البطالة	_____ دولار أمريكي	نسخة من خطاب/ شهادة المنحة، أو كشف الاستحقاق الشهري من وزارة العدل لدى NYS، أو نسخة مطبوعة من بطاقة الدفع المباشر، أو رسالة من وزارة العمل لدى NYS، أو نسخة مطبوعة من معلومات حساب المستلم من موقع وزارة العمل لدى NYS (www.labor.state.ny.us).
مدفوعات الإعاقة	_____ دولار أمريكي	نسخة من خطاب/ شهادة المنحة، أو رسالة من إدارة الضمان الاجتماعي، أو نسخة من خطاب الاستحقاق السنوي. لطلب نسخة من خطاب استحقاقك، اتصل على الرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة www.ssa.gov
إعانات العاملين	_____ دولار أمريكي	نسخة من خطاب المنحة أو كشف الراتب.
نفقة الزوجة/ نفقة رعاية الطفل	_____ دولار أمريكي	نسخة من أمر المحكمة، أو الإيصالات/ الشيكات النقدية الصادرة لمدة ثلاثة أشهر.
الأرباح/ الفائدة	_____ دولار أمريكي	كشوفات الأرباح ربع السنوية أو كشف شهر واحد.
غير ذلك	_____ دولار أمريكي	خطاب يفيد بمبلغ الأرباح غير المتعلقة بالأجور (إن وجدت)، مثل الدخل من الإيجار والمال مقابل الوظائف الجانبية وما إلى ذلك.
لا يوجد دخل	_____ 0 دولار أمريكي	كشف موقع بعدم وجود دخل