



Заявление на получение финансовой помощи в NYS Uniform Hospital

У вас может быть право на получение финансовой помощи от медицинского учреждения для оплаты счетов, если у вас нет страховки, если страховое покрытие исчерпано или если у вас имеется медицинская страховка, но есть подтверждение оплаченных медицинских расходов на общую сумму, превышающую 10 % от вашего дохода. После заполнения этой формы начнется процесс рассмотрения вашего запроса на получение финансовой помощи от медицинского учреждения. Данная форма используется во всех медицинских учреждениях штата Нью-Йорк (New York State, NYS).

Заявление должно быть составлено на основных¹ языках, на которых говорят пациенты медицинского учреждения.

Имя и фамилия пациента (заполните всю необходимую информацию)

Имя и фамилия пациента (имя, средний инициал, фамилия):		
Дата рождения (дд/мм/гггг):		
Адрес:	Квартира / номер блока:	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Контактный номер телефона:		
Имя родителя / опекуна или законного представителя (если пациент является несовершеннолетним ребенком или недееспособным взрослым):		
Электронная почта (при наличии):		

Информация о семье

Перечислите ниже всех членов своей семьи. К членам семьи относитесь вы, ваш супруг (супруга) или сожитель (сожительница), дети, а также другие иждивенцы. Например, сюда входят все, кто указан в одной налоговой декларации.

Валовой доход — это ваш доход до вычета налогов.

Валовой доход может состоять из трудовых доходов (зарплата, оклад, чаевые, доходы от самостоятельной занятости), нетрудовых доходов (социальное обеспечение, пособия по инвалидности и безработице), финансовой помощи (средства от семьи или друзей) и других источников дохода (временная помощь и дополнительный доход на обеспечение).

¹ «Основные языки» включают любой язык, который используется для коммуникации не менее чем в 5 % посещений пациентов в год, или любой язык, на котором говорит более 1 % населения основной зоны обслуживания медицинского учреждения. Настоящая информация рассчитана с использованием демографических данных Бюро переписи населения США (United States Bureau of the Census), а также дополнена сведениями из школьных систем.



Полное имя	Степень родства	Общий валовой доход (в настоящее время)
	Сам пациент	

Медицинское учреждение может попросить вас предоставить документы, подтверждающие доход. Например, можно предоставить квитанцию о начислении заработной платы, письмо от работодателя (если это необходимо) или форму 1040.

Статус медицинского страхования

Имеется ли у вас какая-либо форма медицинского страхования, включая Medicaid, Medicare или частное покрытие от работодателя либо приобретенное самостоятельно?

Да Нет

Если «Нет», требуется ли вам помочь в подаче заявления для участия в одной из этих программ?

Да Нет

Пациенты с недостаточным страхованием: лица с медицинской страховкой и высокими медицинскими расходами. Если у вас имеется медицинская страховка, предоставьте доказательство медицинских счетов, оплаченных за последние 12 месяцев.

\$

Медицинское учреждение может попросить вас предоставить документы, подтверждающие оплаченные медицинские расходы.

Пациент / ответственное лицо. Если это не пациент, укажите имя лица, подписывающего форму, а также его полномочия на подписание от имени пациента (например, супруг, родитель, законный представитель).

Я понимаю, что предоставляемая мной информация может проверяться внешними источниками. Я подтверждаю, что эта информация, насколько мне известно, является точной и достоверной.

Имя и фамилия (печатными буквами)	Дата
Кем приходится пациенту	
Подпись	



Минимальные требования и рекомендации

Сроки подачи заявления, права пациента и конфиденциальность

- Вы можете подать заявку на получение финансовой помощи в любой момент в период сбора данных.
- Вы не должны производить какие-либо выплаты этому медицинскому учреждению до тех пор, пока не получите решение по вашему заявлению на получение финансовой помощи. Медицинские учреждения не могут передавать счета на взыскание, пока ваше заявление находится на рассмотрении.
- Если вам отказали в финансовой помощи, вы можете обжаловать это решение. Информация о том, как это сделать, будет включена в уведомление от медицинского учреждения, которое вы получите. У вас есть право обжаловать размер финансовой помощи. В письме с решением от медицинского учреждения будет указана информация о том, как подать апелляцию.
- Медицинские учреждения не имеют права передавать неоплаченные счета в коллекторское агентство в течение как минимум 180 дней после выставления первого счета.
- Медицинским учреждениям запрещено предпринимать юридические действия, включая подачу судебных исков, для взыскания неоплаченных медицинских счетов с пациентов, находящихся на уровне ниже 400 % от федерального уровня бедности (Federal Poverty Level, FPL). См. нормативы уровня бедности здесь: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- Любая информация, предоставленная в этом заявлении, будет использована медицинским учреждением только для определения вашего права на получение финансовой помощи и останется конфиденциальной в пределах, разрешенных законом.
- Медицинское учреждение не имеет права отказать вам в предоставлении услуг, которые являются необходимыми по медицинским показаниям, если у вас есть неоплаченные счета.
- Если вам требуется помочь в подаче заявления, свяжитесь с офисом по вопросам финансовой помощи Ellenville Regional Hospital по номеру (845) 210-4930.
- Если вам нужна дополнительная помощь с этим заявлением или помочь в обжаловании решения, можете связаться с нашей Программой защиты интересов населения в области здравоохранения (Community Health Advocates) по номеру 888-614-5400.

Право на участие

Ничто не ограничивает возможности медицинского учреждения устанавливать право пациента на получение скидок на оплату в зависимости от уровня дохода, который превышает указанный ниже, и (или) предоставлять пациентам, которые имеют на это право, скидки на оплату больше, чем это требуется в соответствии с Законом об общественном здравоохранении (Public Health Law). Кроме того, иммиграционный статус не является критерием соответствия требованиям для определения финансовой помощи.



Право на участие предоставляется следующим категориям лиц:

- лица с низким уровнем дохода, которые не имеют медицинской страховки; или
- лица с недостаточным уровнем страхования (расходы на медицинское обслуживание, накопленные за последние двенадцать месяцев, составляют более десяти процентов (10 %) от валового годового дохода такого лица); или
- лица, которые исчерпали свои возможности по медицинскому страхованию и могут подтвердить неспособность оплатить все расходы; или
- лица, которые по усмотрению больницы могут подтвердить неспособность внести доплату и (или) вычет, могут запросить уменьшение оплаты или скидку.

На финансовую помощь могут претендовать лица, доход которых составляет до 400 % от федерального уровня бедности.

Федеральный уровень бедности (Federal Poverty Level, FPL) (2024)			
Количество членов семьи	200 %	300 %	400 %
1 человек	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 человека	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 человека	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 человека	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 человек	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 человек	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 человек	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Обновляется ежегодно: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

Минимальный размер скидки

Если вы имеете право на финансовую помощь, стоимость услуг будет снижена в соответствии с вашим доходом по скользящей шкале оплаты, как показано ниже.

Уровень дохода	Оплата
Ниже 200 % от FPL	Отмена всех расходов
200 %–300 % от FPL	Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 10 % от суммы, которая была бы оплачена за услуги по программе Medicaid. Пациенты с недостаточным уровнем страхования: не более 10 % от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с распределением расходов по страховке пациента.
301 %–400 % от FPL	Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 20 % от суммы, которая была бы оплачена за услуги по программе Medicaid. Пациенты с недостаточным уровнем страхования: не более 20 % от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с распределением расходов по страховке пациента.

Медицинские учреждения могут решить предоставлять большие скидки пациентам, которые имеют право на получение льгот, и (или) предлагать скидки на оплату для пациентов с более высоким уровнем дохода.



Оплата по частям

Пациентам, которые не могут единовременно оплатить пониженную ставку, предлагается оплата по частям. Ежемесячные платежи не могут превышать 5 % от вашего валового ежемесячного дохода, а процентная ставка, которая начисляется пациенту на непогашенную часть (если такая имеется) не должна превышать 2 %.



Запрос на подтверждение дохода семьи

Укажите сведения о доходах пациента, его супруги (супруга) и всех иждивенцев (например, детей). Например, при расчете дохода семьи учитываются все, кто включен в одну налоговую декларацию (налогоплательщик, супруг/супруга и иждивенцы-налогоплательщики).

Ниже приведен список документов, которые можно использовать для подтверждения своего дохода. Вам не нужно предоставлять все эти документы. Если у вас нет дохода, можете предоставить справку об отсутствии дохода в семье.

Также вы можете предоставить страницу определения соответствия требованиям от Биржи медицинского страхования штата Нью-Йорк (NY State of Health Marketplace). Если у вас есть этот документ, вам не нужно предоставлять в медицинское учреждение другую неперечисленную информацию о доходах.

<u>Доход семьи</u>	<u>Сумма за месяц</u>	<u>Документы, которые может предоставить заявитель</u>
Заработка плата	\$	Предоставьте один корешок чеков заработной платы, письмо от работодателя на фирменном бланке с подписью и датой или последнюю поданную декларацию о доходах.
Выплаты по социальному обеспечению	\$	Копия письма или сертификата о назначении пособия либо письма от Управления социального обеспечения США (U.S. Social Security Administration) или письмо о назначении ежегодного пособия. Чтобы запросить копию письма о назначении пособия от Управления социального обеспечения, позвоните по номеру 1-800-772-1213 или посетите веб-сайт www.ssa.gov .
Пособие по безработице	\$	Копия письма или сертификата о назначении пособия; либо ежемесячная выписка по выплатам пособия от Департамента труда г. Нью-Йорк (NYS Department of Labor); или копия карточки для осуществления прямых выплат с распечаткой; либо письма из Департамента труда штата Нью-Йорк; или распечатки баланса счетов получателя с веб-сайта Департамента труда штата Нью-Йорк (www.labor.state.ny.us).
Пособия по нетрудоспособности	\$	Копия письма или сертификата о назначении пособия либо письма от Управления социального обеспечения или письмо о назначении ежегодного пособия. Чтобы запросить копию письма о назначении пособия, позвоните по номеру 1-800-772-1213 или посетите веб-сайт www.ssa.gov .

<u>Доход семьи</u>	<u>Сумма за месяц</u>	<u>Документы, которые может предоставить заявитель</u>
Компенсационные выплаты работникам	\$	Копия письма о назначении пособия или корешок чека.
Алименты или помощь по содержанию ребенка	\$	Копия постановления суда или погашенные чеки либо квитанции за 3 месяца.
Дивиденды/проценты	\$	Ежеквартальная выписка о дивидендах или выписка за 1 месяц.
Другое	\$	Письмо с указанием суммы нетрудовых доходов (при наличии), таких как доход от аренды, деньги за выполнение неквалифицированной разовой работы и т. д.
Отсутствие дохода	\$ 0	Подписанная выписка об отсутствии дохода.