

## نموذج طلب المساعدة المالية الموحد للمستشفيات بولاية نيويورك NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

قد تكون مؤهلاً للحصول على دعم مالي من المستشفى لتغطية فواتيرك إذا لم يكن لديك تأمين صحي، أو إذا استنفدت تأمينك، أو إذا كان لديك تأمين صحي ولديك ما يثبت أن إجمالي نفقاتك الطبية المدفوعة يتجاوز 10% من دخلك. عند تعبئة هذا النموذج، ستبدأ إجراءات طلبك للحصول على المساعدة المالية من المستشفى. تستخدم جميع المستشفيات في ولاية نيويورك هذا النموذج.

يجب طباعة هذا الطلب باللغات الرئيسية<sup>1</sup> التي يتحدثها المرضى الذين تخدمهم المستشفى.

اسم المريض (يرجى ملء المعلومات ذات الصلة) Patient Name – complete information that is applicable

اسم المريض (الاسم الأول، اسم الأب، اسم العائلة) Patient Name (First, Middle, Last)	
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة) Date of Birth (mm/dd/yyyy)	
العنوان Address	رقم الشقة/الوحدة Apartment/# Unit
المدينة City	الولاية State
رقم هاتف التواصل Contact Phone #	الرمز البريدي Zip
اسم الوالد/الوصي أو الممثل القانوني (إذا كان المريض طفلاً قاصراً أو بالغاً غير مؤهل) Parent/Guardian or Lawful Representative Name	
عنوان البريد الإلكتروني (إن وجد) Email Address (if any)	

### معلومات الأسرة: Family Information

الرجاء إدراج جميع أفراد الأسرة المقيمين في منزلك أدناه. يشمل نطاق الأسرة: أنت وزوجك أو شريك حياتك وأي أطفال أو معالين آخرين. على سبيل المثال، يضم ذلك كل من هو مذكور في نفس الإقرار الضريبي.

إجمالي الدخل يعني ذلك قبل خصم الضرائب.

يمكن أن يتكون إجمالي الدخل من عدة مصادر تشمل أرباح العمل (مثل الأجور والرواتب والإكراميات والأرباح الناتجة عن العمل الحر)، والدخل غير المكتسب (مثل الضمان الاجتماعي ومزايا الإعاقة وإعانات البطالة)، بالإضافة إلى المساهمات (كالأموال الواردة من العائلة أو الأصدقاء)، ومصادر دخل أخرى (كالمساعدة المؤقتة ودخل الضمان التكميلي).

إجمالي الدخل (الحالي) Total Gross Income (Current)	العلاقة Relationship	الاسم الكامل Full Name
	أنت Self	

<sup>1</sup> اللغات الرئيسية" تشمل أي لغة تُستخدم للتواصل في ما لا يقل عن 5% من زيارات المرضى سنويًا، أو أي لغة يتحدثها أكثر من 1% من سكان منطقة الخدمة الرئيسية للمستشفى، وذلك حسبما يُحسب باستخدام المعلومات الديموغرافية المتاحة من مكتب الإحصاء الأمريكي (United States Bureau of the Census)، وتُستكمل بيانات من أنظمة المدارس.

قد يطلب المستشفى منك تقديم وثائق كإثبات للدخل؛ قد تشمل أمثلة الوثائق كعرب الراتب أو خطاب من صاحب العمل إن أمكن أو نموذج 1040.

### حالة التأمين الصحي Health Insurance Status

هل لديك أي شكل من أشكال التأمين الصحي، بما في ذلك Medicaid أو Medicare أو التأمين الخاص من خلال صاحب العمل أو الذي اشتريته بنفسك؟  Yes نعم  No لا

إذا كانت إجابتك "لا"، فهل ترغب في الحصول على مساعدة لتقديم طلب لأي من هذه البرامج؟ Would you like assistance/programs?

Yes نعم  No لا

المرضى ذوو التغطية التأمينية غير الكافية: هم الأشخاص الذين لديهم تأمين صحي ونفقات طبية مرتفعة. إذا كان لديك تأمين صحي، يرجى تقديم تقدير للفواتير الطبية التي دفعتها خلال الـ 12 شهرًا الماضية.

\$
----

قد يطلب المستشفى منك تقديم وثائق كإثبات للنفقات الطبية المدفوعة.

المريض/الطرف المسؤول: إذا لم تكن أنت المريض، فاذكر اسم الشخص الذي يوقع النموذج وصفته التي تمنحه الأهلية للتوقيع نيابة عن المريض (مثل الزوج أو الوالد أو الممثل القانوني).

أدرك أن المعلومات التي أقدمها قد تخضع للتحقق من مصادر خارجية. أقر بأن المعلومات صحيحة وكاملة حسب علمي.

التاريخ Date	الاسم بأحرف واضحة Print Name
	الصلة بالمريض Relationship to Patient
	التوقيع Signature

## الحد الأدنى للأهلية والإرشادات Minimum Eligibility and Guidelines

### الجدول الزمني للتقديم وحقوق المريض والسرية

- يمكنك تقديم طلب المساعدة المالية في أي وقت خلال عملية التحصيل.
  - ليس عليك تسديد أي دفعة لهذا المستشفى حتى تتلقى قرارًا بشأن طلبك للمساعدة المالية. لا يجوز للمستشفيات إحالة الحسابات إلى التحصيل بينما طلبك قيد الانتظار.
  - إذا تم رفض طلبك للحصول على المساعدة المالية، فلديك الحق في الاستئناف. ستتوفر معلومات حول كيفية القيام بذلك في الإشعار الذي ستلقاه من المستشفى. قد يكون لديك الحق في استئناف مبلغ المساعدة المالية المخصصة لك. سيقوم المستشفى بتضمين معلومات حول كيفية الاستئناف في خطاب قرارهم.
  - لا يمكن للمستشفيات إرسال الفواتير غير المدفوعة إلى وكالة تحصيل الديون قبل مرور 180 يومًا على الأقل من فاتورتك الأولى.
  - يُحظر على المستشفيات اتخاذ إجراءات قانونية، بما في ذلك رفع الدعاوى القضائية، لاسترداد فواتير طبية غير مدفوعة للمرضى الذين يقل دخلهم عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي. يمكن العثور على إرشادات الفقر هنا: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
  - أي معلومات مقدمة في هذا الطلب ستستخدم فقط من قبل المستشفى لتحديد أهليتك للمساعدة المالية وستظل سرية بالقدر الذي يسمح به القانون.
  - لا يمكن للمستشفى أن يرفض تقديم الخدمات الضرورية طبيًا لك بسبب وجود فاتورة طبية مستحقة عليك.
  - إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في هذا الطلب، فيرجى الاتصال بالمستشارين الماليين على الأرقام أدناه أو الفحص الذاتي على بوابة الفحص الخاصة بنا على [mimo.mapsng.com](http://mimo.mapsng.com).
- لحسابات الخدمات الطبية: 718-283-7790  
لحسابات الصحة السلوكية: 718-283-8177



إذا كنت تفضل الفحص عبر الإنترنت، يرجى زيارة [mimo.mapsng.com](http://mimo.mapsng.com) أو مسح رمز الاستجابة السريعة (Quick Response, QR) هذا.

- إذا احتجت إلى المزيد من المساعدة بخصوص هذا الطلب أو مساعدة في استئناف قرار، يمكنك التواصل مع دعاة الصحة المجتمعية (Community Health Advocates) على الرقم: 888-614-5400.

### الأهلية Eligibility

لا يوجد ما يحد من قدرة المستشفى على تحديد أهلية المريض للحصول على خصومات على الدفع بمستويات دخل أعلى من تلك المحددة أدناه و/أو تقديم خصومات دفع أكبر للمرضى المؤهلين مما يقتضيه قانون الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، لا يُعتبر وضع الهجرة معيارًا للأهلية لغرض تحديد المساعدة المالية.

المؤهلون هم الأفراد التالية:

- الأفراد ذوو الدخل المنخفض الذين لا يملكون تأمينًا صحيًا؛ أو
- الأفراد ذوو التغطية التأمينية غير الكافية (الذين تجاوزت تكاليفهم الطبية المدفوعة من جيوبهم خلال الاثني عشر شهرًا الماضية عشرة بالمائة من إجمالي دخلهم السنوي)؛ أو
- أولئك الذين استنفدوا مزايا تأمينهم الصحي، والذين يمكنهم إثبات عدم قدرتهم على دفع الرسوم بالكامل؛ أو
- حسب تقدير المستشفى، الأفراد الذين يمكنهم إثبات عدم قدرتهم على دفع دفعاتهم المشتركة و/أو المبلغ المقتطع يمكنهم طلب دفعة مخفضة أو خصم.

الأفراد الذين يصل دخلهم إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي مؤهلون للحصول على مساعدة مالية.

مستويات الفقر الفيدرالي (2025) Federal Poverty Levels			
حجم الأسرة	200%	300%	400%
شخص واحد	\$31,300	\$46,950	\$62,600
شخصان	\$42,300	\$63,450	\$84,600
3 أشخاص	\$53,300	\$79,950	\$106,600
4 أشخاص	\$64,300	\$96,450	\$128,600
5 أشخاص	\$75,300	\$112,950	\$150,600
6 أشخاص	\$86,300	\$129,450	\$172,600
7 أشخاص	\$97,300	\$145,950	\$194,600

يتم التحديث سنويًا على الرابط التالي: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### الحد الأدنى لنسب الخصم Minimum Discount Rates

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية، فستخضع رسومك وفقاً لدخلك على جدول رسوم متدرج كالتالي:

الدفعة Payment	مستوى الدخل Income Level
إعفاء من جميع الرسوم	أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي Below 200% FPL
المرضى غير المؤمن عليهم: جدول متدرج يصل إلى 10% من المبلغ الذي كانت ستدفعه Medicaid مقابل الخدمة/الخدمات.	FPL من 200% - 300%
المرضى ذوو التغطية التأمينية غير الكافية: بحد أقصى 10% من المبلغ الذي كان سيدفع بموجب مشاركة المريض في تكلفة التأمين.	
المرضى غير المؤمن عليهم: جدول متدرج يصل إلى 20% من المبلغ الذي كانت ستدفعه Medicaid مقابل الخدمة/الخدمات.	FPL من 301% - 400%
المرضى ذوو التغطية التأمينية غير الكافية: بحد أقصى 20% من المبلغ الذي كان سيدفع بموجب مشاركة المريض في تكلفة التأمين.	

قد تختار المستشفيات تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين و/أو تقديم خصومات على الدفع للمرضى ذوي مستويات الدخل الأعلى.

### خطط التقسيط Installment Plans

تتوفر خطط التقسيط للمرضى غير القادرين على دفع المبلغ المخفض دفعة واحدة. يجب ألا تتجاوز الدفعات الشهرية 5% من إجمالي دخلك الشهري، وسعر الفائدة المفروض على المريض على الرصيد غير المدفوع، إن وجد، يجب ألا يتجاوز 2%.

## طلب إثبات دخل الأسرة

### Request for Proof of Household Income

يرجى إدراج معلومات الدخل الخاصة بالمريض وزوجه/زوجته وأي معالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، يشمل ذلك جميع الأشخاص المدرجين في نفس الإقرار الضريبي (مقدم الإقرار والزوج والمعالون ضريبياً) عند حساب دخل الأسرة.

فيما يلي قائمة بالوثائق التي يمكنك استخدامها لإثبات دخلك. ليس عليك تقديم جميع هذه الوثائق. يمكنك أيضاً تقديم إقرار بعدم وجود دخل للأسرة إذا لم يكن لديك أي دخل.

كما يمكنك تقديم صفحة تحديد الأهلية من سوق ولاية نيويورك للصحة (NYS State of Health Marketplace). إذا كان لديك هذه الوثيقة، فلن تحتاج إلى تقديم أي معلومات دخل أخرى منكرة أدناه للمستشفى.

يمكن للمقدم تقديم: Applicant may provide	المبلغ شهرياً: Amount per month	في حال تلقي الأسرة لـ: If Household Receives
كعب راتب واحد أو رسالة من صاحب العمل على ورق الشركة الرسمي وموقعة ومؤرخة أو آخر إقرار ضريبي تم تقديمه.	\$	رواتب Wages
نسخة من خطاب/شهادة الاستحقاق أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (U.S. Social Security Administration) أو خطاب المنافع السنوي. لطلب نسخة من خطاب منافع الضمان الاجتماعي الخاص بك، اتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .	\$	مدفوعات الضمان الاجتماعي Social Security Payments
نسخة من خطاب/شهادة الاستحقاق أو كشف المنافع الشهرية من وزارة العمل بولاية نيويورك (NYS Department of Labor) أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع طباعة أو مراسلات من وزارة العمل بولاية نيويورك أو طباعة لمعلومات حساب المستفيد من موقع وزارة العمل بولاية نيويورك ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).	\$	تعويضات البطالة Unemployment Compensation
نسخة من خطاب/شهادة الاستحقاق أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي أو نسخة من خطاب المنافع السنوي. لطلب نسخة من خطاب المنافع الخاص بك، اتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .	\$	مدفوعات الإعاقة Disability payment
نسخة من خطاب الاستحقاق أو كعب الشيك.	\$	تعويضات العمال Workers Comp
نسخة من أمر المحكمة أو إيصالات/شيكات مصرفية لثلاثة أشهر.	\$	نفقة الزوجة/الأبناء Alimony/Child Supp
كشوفات أرباح الأسهم ربع السنوية أو كشوفات شهر واحد.	\$	أرباح الأسهم/الفوائد Dividends/Interest
رسالة توضح مبلغ الأرباح غير المتعلقة بالأجور (إن وجدت)، مثل دخل الإيجار أو المبالغ النقدية من الأعمال الفردية وما إلى ذلك.	\$	دخل آخر Other
إقرار موقع بعدم وجود دخل.	\$0	لا يوجد دخل No income