

NYS Uniform Hospital 財務援助申請

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

如果您沒有保險，如果您的保險額度已用完，或者如果您擁有健康保險但有支付醫療費用總額超過您收入的 10% 的證明，您可能有資格獲得醫院的財務援助，以支付帳單。填寫此表單將開始您的醫院財務援助申請。紐約州的所有醫院都使用此表單。

此申請表必須以醫院服務的患者使用的主要¹語言列印。

患者姓名（請填妥適用的資訊）

Patient Name – complete information that is applicable

患者姓名（名字、中間名、姓氏） Patient Name (First, Middle, Last)		
出生日期（月/日/年） Date of Birth (mm/dd/yyyy)		
地址 Address	公寓/單元號 Apartment/Unit #	
城市 City	州 State	郵編 Zip
聯繫電話號碼 Contact Phone		
父母/監護人或法定代表姓名（如果患者是未成年兒童或無行為能力的成年人） Parent/Guardian or Lawful Representative Name		
電子郵件地址（如有） Email address (if any)		

家庭資訊：

請在下面列出您家中的所有家庭成員。您的家庭包括您自己、您的配偶或同居伴侶，以及任何子女或其他受撫養人。例如，這將包括同一納稅申報表上列出的每個人。

總收入是指您在扣除稅款之前的收入。

總收入可以包括工作收入（工資、薪水、小費、自雇收入）、非勞動收入（社會安全救濟金、殘障救濟金和失業救濟金）、捐助（來自家人或朋友的資金）以及其他收入來源（臨時援助和補充保障收入）。

完整姓名 Full name	與患者的關係 Relationship	總收入（當前） Total gross income (current)
	本人	

¹ 根據美國人口普查局 (United States Bureau of the Census) 提供的人口統計資訊，輔以學校系統的資料計算，「主要語言」包括每年至少 5% 的就診患者用於交流的任何語言，或超過 1% 的初級醫院服務區人口使用的任何語言。

醫院可能會要求您提交文件作為收入證明；文件示例可能包括工資單、雇主的信函（如適用）或 1040 表。

健康保險情況 Health Insurance status

您是否擁有任何形式的健康保險，包括 Medicaid、Medicare、由雇主購買的私人保險或自行購買的私人保險？ Yes 是 No 否

如果您回答「否」，您是否需要協助申請這些計劃？ Would you like assistance programs?

Yes 是 No 否

保險額度不足的患者：擁有保險并且醫療費用高昂的人。如果您有保險，請提供您在過去 12 個月內支付的醫療費用的估計值。

\$

醫院可能會要求您提交文件作為已支付醫療費用的證明。

患者/責任方：如果不是患者本人，請列出簽署表單的人的姓名及其代表患者簽署的授權（例如，配偶、父母、法定代理人）。

本人瞭解，本人提交的資訊可能需要外部來源的驗證。本人保證，據本人所知，所提供的資訊均真實且完整。

姓名（工整書寫） Print Name	日期
與患者的關係 Relationship to Patient	Date
簽名 Signature	

最低資格和準則

Minimum Eligibility and Guidelines

申請時程表、患者權利以及保密性

- 您可以在催收過程中隨時申請財務援助。
- 在您收到財務援助申請的決定之前，您不必向該醫院支付任何費用。在您的申請待處理期間，醫院不得將帳戶轉發至催收。
- 如果您的財務援助遭拒，您有權提出上訴。有關如何上訴的資訊將包含在您收到的醫院通知中。您可能也有權對您的財務援助金額提出上訴。醫院將在決定信函中包含有關如何上訴的資訊。
- 在您收到第一張帳單后至少 180 天內，醫院不能將未付帳單發送給催收機構。
- 醫院禁止採取法律行動（包括提起訴訟）以追回低於聯邦貧困線 (Federal Poverty Level, FPL) 400% 的患者的未付醫療費用。可在此網址查看貧困指南：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 本申請中提供的任何資訊將僅供醫院使用，用於確定您是否有資格獲得財務援助，並將在法律允許的範圍內保密。
- 醫院不能因為您有未付的醫療帳單而拒絕為您提供具有醫療必要性的服務。
- 如果您在申請援助方面需要協助，請撥打下方的電話號碼聯繫財務顧問，或在我們的篩查入口網站 maimo.mapsng.com 進行自我篩查。
醫療帳戶請撥打：718-283-7790 行為健康帳戶請撥打：718-283-8177

如果您希望在線篩查，請訪問
maimo.mapsng.com 或掃描此 QR 碼。



- 如果您在申請方面需要其他協助或幫助對決定提出上訴，您可以聯繫社區健康宣導員 (Community Health Advocates)，電話號碼：888-614-5400。

資格 Eligibility

沒有任何規定限制醫院以高於下列規定的收入水平來確定患者獲得付款折扣的資格，和/或為符合資格的患者提供高於公共衛生法 (Public Health Law) 規定的付款折扣。此外，移民身份不應成為確定財務援助的資格標準。

以下個人符合資格：

- 沒有健康保險的低收入個人；或
- 保險額度不足的個人（過去 12 個月累積的自付醫療費用占該個人年總收入的 10% 以上）；或
- 健康保險福利已用盡，並且能夠證明無力支付全部費用的個人；或
- 根據醫院的判斷，能夠證明無力支付共付額和/或免賠額的個人，可以要求減免或折扣付款。

聯邦貧困線 400% 以下的個人有資格獲得財務援助。

聯邦貧困線 (2025 年) Federal Poverty Levels (2025)			
家庭人數	200%	300%	400%
1 人	\$31,300	\$46,950	\$62,600
2 人	\$42,300	\$63,450	\$84,600
3 人	\$53,300	\$79,950	\$106,600
4 人	\$64,300	\$96,450	\$128,600
5 人	\$75,300	\$112,950	\$150,600
6 人	\$86,300	\$129,450	\$172,600
7 人	\$97,300	\$145,950	\$194,600

每年更新：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

最低折扣率 Minimum discount Rates

如果您有資格獲得財務援助，您的費用將根據您的收入按浮動收費標準減少，如下所示：

收入水準 Income	付款 Payment
聯邦貧困線 (Federal Poverty Level, FPL) 的 200% 以下	免除所有費用
FPL 的 200% 至 300%	未投保患者：浮動比例最高可達 Medicaid 本應支付的服務金額的 10%。 保險額度不足的患者：最高可達患者的保險費用分攤本應支付的金額的 10%。
FPL 的 301% 至 400%	未投保患者：浮動比例最高可達 Medicaid 本應支付的服務金額的 20%。 保險額度不足的患者：最高可達患者的保險費用分攤本應支付的金額的 20%。

醫院可以選擇為符合條件的患者提供更大的折扣和/或為收入水準較高的患者提供付款折扣。

分期付款計劃 Installment Plans

分期付款計劃適用於無法一次性支付所有減免費用的患者。每月付款額不得超過您每月總收入的 5%，並且向患者收取的未付餘額（如有）的利率不得超過 2%。

申請家庭收入證明

Request for Proof of Household Income

請包括患者、其配偶和任何受撫養人（例如子女）的收入資訊。例如，在計算家庭收入時，將包括同一納稅申報表上的每個人（報稅人、配偶和納稅家屬）。

以下是您可以用來證明收入的文件清單。您不必提供所有這些文件。如果您沒有收入，您也可以提供無家庭收入的聲明。

您還可以提供紐約州保健市場 (NY State of Health Marketplace) 中的資格確定頁面。如果您有此文件，則無需向醫院提供下面列出的任何其他收入資訊。

如果家庭收入為： If family receives	每月金額： Amount/month	申請人可提供： Applicant may provide
工資 Salary	\$	請提供一份工資單，或帶有公司抬頭、簽名並註明日期的雇主信函，或最近提交的所得稅申報表。
社會安全救濟金 SS Payments	\$	補助函/證書的副本，或來自美國社會安全局 (U.S. Social Security Administration) 的信函，或年度福利函。如需索取您的社會安全福利信函的副本，請致電 1-800-772-1213 或訪問 www.ssa.gov 。
失業補償金 Unemployment Comp	\$	紐約州勞工部 (NYS Department of Labor) 的補助函/證書的副本或月度福利聲明，或帶列印件的直接付款卡副本，或紐約州勞工部的通信，或紐約州勞工部網站 (www.labor.state.ny.us) 的收件者帳戶資訊列印件。
殘障補助 Disability/payment	\$	補助函/證書的副本，或來自社會安全局的信函，或年度福利函副本。如需索取您的福利函副本，請致電 1-800-772-1213 或訪問 www.ssa.gov 。
工人補償金 Work. Comp	\$	補助函或支票存根副本。
贍養費/子女撫養費 Alimony/child supp	\$	法院命令副本，或 3 個月的兌現支票/收據。
股息/利息 Divident/Interest	\$	季度股息報表或 1 個月股息報表。
其他 Other	\$	說明非工資收入（如有）的信函，例如租金收入、零工現金收入等。
無收入 No income	\$0	簽署的無收入聲明。