

טופס בקשה אחיד של מדינת ניו יורק לסיוע כספי בבתי חולים

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

את/ה עשויה להיות זכאית לסיוע כספי בבית חולים לתשלום חשבונותיך אם אין ברשותך ביטוח, אם הכיסוי הביטוחי שלך שולם במלואו, או אם יש לך ביטוח אך גם הוכחה לתשלום חשבונות רפואיים בסכום העולה על 10% מהכנסתך. מילוי טופס זה במלואו יתחיל את תהליך הבקשה שלך לסיוע כספי. טופס זה נמצא בשימוש בכל בתי החולים במדינת ניו יורק.

יש להדפיס טופס זה בשפות¹ העיקריות המדוברות על די המטופלים המקבלים שירות על ידי בית חולים זה.

שם המטופל/ת (יש להשלים את המידע הרלוונטי)

Patient Name – complete information that is applicable

שם המטופל/ת (פרטי, אמצעי, משפחה) Patient Name (First, Middle, Last)		
תאריך לידה (mm/dd/yyyy) Date of Birth (mm/dd/yyyy)		
מס' דירה/יחידת דיור Apartment/Unit #		כתובת Address
מיקוד Zip	מדינה State	עיר City
מס' טלפון ליצירת קשר Contact Phone		
שם ההורה/אפוטרופוס או נציג חוקי (אם המטופל/ת הוא/היא ילד/ה או מבוגר/ת בלתי כשירה) Parent/Guardian or Lawful Representative Name		
כתובת דוא"ל (אם קיימת) Email address (if any)		

מידע על המשפחה:

נא לרשום במקום המתאים להלן את כל בני המשפחה במשק הבית שלך. משק הבית שלך כולל את עצמך, את בן/בת הזוג שלך ילדיכם ובני משפחה אחרים שאינם עצמאיים. לדוגמה, משק בית יכול לכלול גם מי שרשום באותו דוח מס.

ההכנסה ברוטו משמעותה ההכנסה שלך לפני ניכוי מסים.

הכנסה ברוטו יכולה לכלול הכנסה מעבודה (משכורת, טיפים, הכנסות מהכנסה עצמאית), הכנסה שאינה רווח מעבודה (הטבות ביטוח לאומי, נכות ואבטלה), תרומות (כספים מהמשפחה או מחברים), ומקורות הכנסה אחרים (סיוע זמני ואבטחת הכנסה משלימה).

שם מלא Full name	הקרבה Relationship	סה"כ הכנסה ברוטו (כיום) Total gross income (current)
	עצמי	

¹ "שפות עיקריות" כוללות כל שפה בה נעשה שימוש לתקשורת ב-5% מביקורי המטופלים בשנה לכל הפחות, או כל שפה המדוברת על ידי יותר מ-1% מהאוכלוסייה באזור השירות העיקרי של בית החולים, על פי המידע הדמוגרפי הזמין על ידי לשכת מפקד האוכלוסין של ארצות הברית, בתוספת נתונים ממערכות בתי הספר.

--	--	--

בית החולים עשוי לבקש ממך להגיש תיעוד כהוכחה להכנסה; דוגמאות לתיעוד יכולות להיות תלוש משכורת, מכתב מהמעסיק שלך אם קיים, או טופס 1040.

מצב ביטוח בריאות Health Insurance status

האם יש ברשותך סוג כלשהו של ביטוח בריאות, כולל Medicaid, Medicare, או ביטוח פרטי דרך המעסיק שלך

או שרכשת בעצמך? Yes ☐ כן No ☐ לא

אם "לא", האם היית מעוניין/ת בסיוע בבקשה לאחת מתכניות הביטוח הללו?

Would you like assistance programs?

Yes ☐ כן No ☐ לא

מטופלים עם ביטוח חסר: מטופלים עם ביטוח והוצאות רפואיות גדולות. אם יש לך ביטוח, אנא ספק/י הערכה של החשבונות הרפואיים ששילמת במהלך 12 החודשים האחרונים.

\$

בית החולים עשוי לבקש ממך להגיש תיעוד כהוכחה לתשלום חשבונות רפואיים.

המטופל/ת/הגוף האחראי: אם אינך המטופל/ת, יש לרשום את שם האדם החותם על טופס זה ואת סמכותו לחתום בשם המטופל/ת (למשל, בן/בת זוג, הורה, נציג משפטי).

אני מבין/ה שהמידע שאני מוסר/ת עשוי להיות כפוף לאימות על ידי גורמים חיצוניים. אני מאשר/ת שהמידע נכון ושלם לפי מיטב ידיעתי.

תאריך Date	שם באותיות דפוס Print Name
	הקרבה למטופל/ת Relationship to Patient
	חתימה Signature

זכאות מינימלית והנחיות

Minimum Eligibility and Guidelines

לוח הזמנים של הבקשה, זכויות המטופל וסודיות

- באפשרותך להגיש בקשה לסיוע כספי בכל שלב במהלך תהליך הגבייה.
- אינך מחויב/ת לבצע תשלום כלשהו לבית חולים זה עד לקבלת ההחלטה בנוגע לבקשתך לסיוע כספי.
- בתי חולים אינם רשאים להעביר את חשבונותיך לגבייה בזמן שהבקשה תלויה ועומדת.
- אם בקשתך לסיוע כספי נדחתה, את/ה רשאי/ת לערער על ההחלטה. מידע על תהליך הגשת הערעור יהיה כלול בהודעה שתקבל/י מבית החולים. ייתכן ותוכלו לערער על סכום הסיוע הכספי. מכתב ההחלטה שתקבל/י מבית החולים יכלול מידע על תהליך הערעור.
- בתי חולים אינם רשאים לשלוח חשבונות שלא שולמו לסוכנות גבייה לפני שעברו לפחות 180 יום מהחשבון הראשון שלך.
- בתי חולים אינם רשאים לנקוט בהליכים משפטיים, כולל הגשת תביעות, על מנת לגבות חשבונות רפואיים שלא שולמו עבור מטופלים מתחת ל-400% מקו העוני הפדרלי. ניתן למצוא הנחיות בנוגע לקו העוני כאן: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- רק בית החולים רשאי להשתמש במידע שנמסר בבקשה זו על מנת לקבוע את זכאותך לסיוע כספי. המידע יישאר חסוי במידה המותרת על פי החוק.
- בית חולים אינו רשאי לסרב לספק לך שירותים רפואיים נחוצים עקב חשבון רפואי שטרם נפרע.
- אם את/ה זקוק/ה לעזרה עם בקשה זו, אנא פנה/י ליועצים הכספיים במספרי הטלפון להלן או בצע/י מיון עצמי בפורטל המיון שלנו בכתובת mimo.mapsng.com.
- עבור חשבונות רפואיים: 718-283-7790
עבור חשבונות בריאות התנהגותית: 718-283-8177



אם את/ה מעדיף/ה לבצע מיון מקוון, אנא בקר/י בכתובת mimo.mapsng.com או סרוק/י קוד QR זה.

- אם את/ה זקוק/ה לעזרה נוספת עם בקשה זו או סיוע בערעור על החלטה, תוכל/י לפנות לנציגי הסיוע במשרד בריאות בקהילה (Community Health Advocates): 888-614-5400.

זכאות Eligibility

אין דבר המגביל את יכולתו של בית חולים לקבוע את זכאותו של מטופל להנחות בתשלום עבור הכנסות הגבוהות מאלה הרשומות מטה ו/או להעניק הנחות תשלום גבוהות יותר עבור מטופלים זכאים מההנחות שנקבעו בחוקי הבריאות הציבורית. בנוסף, מצב הגירה לא ישמש כקריטריון זכאות לצורך קביעת סיוע כספי.

הזכאות ניתנת לאנשים הבאים:

- אנשים בעלי הכנסה נמוכה ללא ביטוח בריאות; או
- אנשים בעלי ביטוח חסר (הוצאות רפואיות עצמאיות שנצברו במהלך שנים עשר החודשים האחרונים שמסתכמות ביותר מעשר אחוז מההכנסה השנתית ברוטו של אותו אדם); או
- אנשים עבורם שולם הכיסוי הרפואי בביטוח הבריאות שלהם במלואו היכולים להוכיח אי-יכולת לתשלום החיובים במלואם; או
- על פי שיקול דעת בית החולים, אנשים היכולים להוכיח אי-יכולת לתשלום ההשתתפות העצמית שלהם רשאים לבקש תשלום נמוך או מוזל.

אנשים עד 400% מקו העוני הפדרלי זכאים לסיוע כספי.

קו העוני הפדרלי (2025) Federal Poverty Levels (2025)			
גודל משק הבית	200%	300%	400%
אדם 1	\$31,300	\$46,950	\$62,600
2 אנשים	\$42,300	\$63,450	\$84,600
3 אנשים	\$53,300	\$79,950	\$106,600
4 אנשים	\$64,300	\$96,450	\$128,600
5 אנשים	\$75,300	\$112,950	\$150,600
6 אנשים	\$86,300	\$129,450	\$172,600
7 אנשים	\$97,300	\$145,950	\$194,600

מעודכן שנתי: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

שיעורי הנחה מינימליים Minimum discount Rates

אם את/ה זכאי/ת לסיוע כספי, החיובים שלך יופחתו בהתאם להכנסה שלך על סולם חיובים מדורג, באופן הבא:

רמת ההכנסה Income	תשלום Payment
מתחת ל-200% מקו העוני הפדרלי (Federal Poverty Level, FPL)	ויתור על כל החיובים
FPL 200% - 300%	מטופלים ללא ביטוח: סולם מדורג עד 10% מהסכום שהיה משולם עבור השירותים (על ידי Medicaid).
	מטופלים עם ביטוח חסר: לכל היותר 10% מהסכום שהיה משולם בהתאם לחלוקת עלויות הביטוח של המטופל/ת.
FPL 301% - 400%	מטופלים ללא ביטוח: סולם מדורג עד 20% מהסכום שהיה משולם עבור השירותים (על ידי Medicaid).
	מטופלים עם ביטוח חסר: לכל היותר 20% מהסכום שהיה משולם בהתאם לחלוקת עלויות הביטוח של המטופל/ת.

בתי חולים עשויים לבחור להעניק הנחות גדולות יותר עבור מטופלים זכאים ו/או להציע הנחות בתשלום עבור מטופלים ברמות הכנסה גבוהות יותר.

תכניות תשלומים Installment Plans

תכניות תשלומים זמינות למטופלים שאין ביכולתם לשלם את התעריף המופחת בבת אחת. תשלומים חודשיים אינם יכולים לחרוג מ-5% מההכנסה החודשית ברוטו שלך והריבית הנגבית מהמטופל/ת על היתרה שטרם נפרעה, אם קיימת, לא תחרוג מ-2%.

בקשה להוכחות להכנסות משק הבית

Request for Proof of Household Income

נא למסור מידע על ההכנסות עבור המטופל/ת, בן/בת הזוג ובני משפחה שאינם עצמאיים (כגון ילדים). למשל, המידע יכלול את כל מי שרשום באותו דוח מס (מגיש/ת הדוח, בן/בת הזוג ותלויי מס) בחישוב הכנסות משק הבית.

להלן רשימת מסמכים שיכולים לשמש כהוכחת הכנסה. אינך מחויב/ת למסור את כל המסמכים האלה. באפשרותך גם למסור הצהרה על היעדר הכנסות במשק הבית אם אין לך הכנסות כלשהן.

באפשרותך גם למסור את דף קביעת הזכאות מהמרכז לביטוחי בריאות של מדינת ניו יורק (NY State of Health Marketplace). אם יש ברשותך מסמך זה, אין צורך להגיש לבית החולים כל מידע אחר על הכנסות הרשום מטה.

מגיש/ת הבקשה יכול/ה למסור: Applicant may provide	סכום לחודש: Amount/month	אם משק הבית מרוויח: If family receives
נא למסור תלוש משכורת אחד, או מכתב מהמעסיק על נייר רשמי, חתום עם תאריך, או את דוח מס ההכנסה האחרון שהוגש.	\$	משכורות Salary
עותק של מכתב/אישור מענק, או התכתבות עם הביטוח הלאומי של ארה"ב, או מכתב קצבה שנתי. על מנת לבקש עותק ממכתב קצבת הביטוח הלאומי שלך, התקשרי למספר 1-800-772-1213 או בקרי/ בכתובת www.ssa.gov .	\$	תשלום ביטוח לאומי SS Payments
עותק של מכתב/אישור מענק, או הצהרת קצבה חודשית ממשרד העבודה של מדינת ניו יורק, או עותק של כרטיס תשלום ישיר עם תדפיס, או התכתבות עם משרד העבודה של מדינת ניו יורק, או תדפיס של פרטי החשבון מקבל הקצבה מאתר משרד העבודה של ניו יורק (www.labor.state.ny.us).	\$	דמי אבטלה Unemployment Comp
עותק של מכתב/אישור מענק, או התכתבות עם הביטוח הלאומי, או עותק של מכתב קצבה שנתי. על מנת לבקש עותק של מכתב הקצבה שלך, התקשרי למספר 1-800-772-1213 או בקרי/ בכתובת www.ssa.gov .	\$	קצבת נכות Disability/payment
עותק של מכתב קצבה או תלוש שכר.	\$	פיצויי עובדים Work. Comp
עותק של צו בית משפט, או 3 חודשים של צ'קים ששולמו/קבלות.	\$	מזונות Alimony/child supp
דוחות דיבידנד רבעוניים או דוחות עבור חודש 1.	\$	דיבידנדים/ריבית Divident/Interest
מכתב המציין את סכום ההכנסות שאינם ממשכורת (אם קיימות), כגון הכנסות משכר דירה, מזומן עבור עבודות מזדמנות, וכו'.	\$	אחר Other
הצהרה חתומה על אי-הכנסה	\$0	ללא הכנסה No income