

Wniosek o pomoc finansową dla szpitala mundurowego stanu Nowy Jork

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

Możesz kwalifikować się do szpitalnej pomocy finansowej na opłacenie rachunków, jeśli nie jesteś ubezpieczony, jeśli Twoje ubezpieczenie zostało wyczerpane lub jeśli masz ubezpieczenie zdrowotne, ale masz dowód opłacenia wydatków medycznych w wysokości przekraczającej 10% Twojego dochodu. Wypełnienie tego formularza rozpocznie proces ubiegania się o szpitalną pomoc finansową. Ten formularz jest używany przez wszystkie szpitale w stanie Nowy Jork.

Wniosek ten musi być wydrukowany w podstawowych¹ językach, którymi posługują się pacjenci obsługiwani przez szpital.

Imię i nazwisko pacjenta (pełne informacje, które mają zastosowanie)

Patient Name – complete information that is applicable

Imię i nazwisko pacjenta (imię, drugie imię, nazwisko) Patient Name (First, Middle, Last)		
Data urodzenia (mm/dd/yyyy) Date of Birth (mm/dd/yyyy)		
Adres Address		Mieszkanie/Jednostka # Apartment/Unit #
Miasto City	Stan State	Kod pocztowy Zip
Telefon kontaktowy # Contact Phone		
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna lub przedstawiciela ustawowego (jeśli pacjent jest małoletnim dzieckiem lub osobą dorosłą ubezwłasnowolnioną) Parent/Guardian or Lawful Representative Name		
Adres e-mail (jeśli istnieje) Email address (if any)		

Informacje o rodzinie:

Prosimy o wymienienie poniżej wszystkich członków rodziny w Twoim gospodarstwie domowym. Twoje gospodarstwo domowe obejmuje Ciebie, współmałżonka/współmałżonkę lub partnera domowego oraz dzieci lub inne osoby pozostające na utrzymaniu. Na przykład obejmuje to wszystkie osoby wymienione w tym samym zeznaniu podatkowym.

Dochód brutto oznacza Twój dochód **przed** odliczeniem podatków.

Dochód brutto może składać się z dochodów z pracy (płace, pensje, napiwki, dochody z samozatrudnienia), niezarobionych dochodów (ubezpieczenie społeczne, renty inwalidzkie i zasiłki dla bezrobotnych), składek (środki od rodziny lub przyjaciół) oraz innych źródeł dochodu (tymczasowa pomoc i dodatkowe dochody z zabezpieczenia).

Imię i nazwisko	Relacja	Całkowity dochód brutto (bieżący)
	Ty	

¹ "Języki podstawowe" obejmują każdy język, który jest używany do porozumiewania się podczas co najmniej 5% wizyt w ciągu roku, lub każdy język używany przez więcej niż 1% populacji obszaru podstawowej opieki szpitalnej, zgodnie z obliczeniami na podstawie informacji demograficznych dostępnych w Biurze Spisu Ludności Stanów Zjednoczonych, uzupełnionych danymi z systemów szkolnych.

Szpital może zażądać od Ciebie przedłożenia dokumentacji jako dowodu dochodu; Przykładami dokumentów mogą być odcinek wypłaty, list od pracodawcy, jeśli dotyczy, lub formularz 1040.

Status ubezpieczenia zdrowotnego

Czy masz jakąkolwiek formę ubezpieczenia zdrowotnego, w tym Medicaid, Medicare lub prywatne ubezpieczenie za pośrednictwem pracodawcy lub zakupione na własną rękę?

Yes ☐ Tak No ☐ Nie

W przypadku odpowiedzi "Nie", czy chcesz uzyskać pomoc w ubieganiu się o którykolwiek z tych programów? Would you like assistance programs?

Yes ☐ Tak No ☐ Nie

Pacjenci niedoubezpieczeni: osoby z ubezpieczeniem i wysokimi wydatkami medycznymi.

Jeśli masz ubezpieczenie, podaj szacunkową kwotę rachunków medycznych, które zapłaciłeś(-aś) w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

\$

Szpital może zażądać od Ciebie przedłożenia dokumentacji jako dowodu poniesionych kosztów leczenia.

Pacjent/strona odpowiedzialna: Jeśli nie jest to pacjent, należy podać imię i nazwisko osoby podpisującej formularz oraz jej upoważnienie do składania podpisu w imieniu pacjenta (np. współmałżonek, rodzic, przedstawiciel prawny).

Przyjmuję do wiadomości, że przekazywane przeze mnie informacje mogą podlegać weryfikacji ze źródeł zewnętrznych. Oświadczam, że informacje są prawdziwe i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Imię i nazwisko drukowanymi literami/Print Name	Data/Date
Relacja w stosunku do pacjenta/Relationship to Patient	
Podpis/Signature	

Minimalne wymagania kwalifikacyjne i wytyczne

Minimum Eligibility and Guidelines

Harmonogram składania wniosków, prawa pacjenta i poufność

- Wniosek o pomoc finansową można złożyć w dowolnym momencie procesu zbiórki.
- Nie musisz uiszczać żadnych opłat na rzecz tego szpitala, dopóki nie otrzymasz decyzji w sprawie wniosku o pomoc finansową. Szpitale nie mogą przekazywać rachunków do windykacji, gdy wniosek jest w toku.
- W przypadku odmowy przyznania pomocy finansowej masz prawo do odwołania się. Informacje o tym, jak to zrobić, zostaną zawarte w otrzymanym powiadomieniu szpitala. Ofiara może mieć prawo do odwołania się od kwoty przyznanej pomocy finansowej. Szpital zamieści informacje o tym, jak się odwołać, w piśmie z decyzją.
- Szpitale nie mogą wysyłać niezapłaconych rachunków do firmy windykacyjnej przez co najmniej 180 dni od pierwszego rachunku.
- Szpitale nie mogą podejmować działań prawnych, w tym składać pozwów sądowych, w celu odzyskania niezapłaconych rachunków medycznych dla pacjentów poniżej 400% federalnego poziomu ubóstwa. Wytyczne dotyczące ubóstwa można znaleźć tutaj: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Wszelkie informacje podane w tym wniosku zostaną wykorzystane przez szpital wyłącznie w celu ustalenia, czy kwalifikujesz się do pomocy finansowej i pozostaną poufne w zakresie dozwolonym przez prawo.
- Szpital nie może odmówić Ci świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia, ponieważ masz zaległy rachunek medyczny.
- Jeśli potrzebujesz pomocy z tą aplikacją, skontaktuj się z doradcami finansowymi pod poniższymi numerami lub dokonaj samodzielnej kontroli na naszym portalu rekrutacyjnym pod adresem maimo.mapsng.com.

W przypadku kont medycznych:
718-283-7790

Dla kont zdrowia behawioralnego:
718-283-8177

Jeśli wolisz przeglądać online, odwiedź maimo.mapsng.com lub zeskanuj ten kod QR.



- Jeśli potrzebujesz dodatkowej pomocy w związku z tą aplikacją lub pomocy w odwołaniu się od decyzji, możesz skontaktować się z Community Health Advocates: 888-614-5400.

Kwalifikowalność

Nic nie ogranicza możliwości szpitala w zakresie ustalenia uprawnień pacjentów do zniżek w płatnościach na poziomie dochodów wyższym niż określone poniżej i/lub zapewnienia uprawnionym pacjentom większych zniżek płatniczych niż te, które są wymagane przez ustawę o zdrowiu publicznym. Ponadto status imigracyjny nie stanowi kryterium kwalifikowalności do celów ustalenia pomocy finansowej.

Kwalifikują się następujące osoby:

- Osoby o niskich dochodach bez ubezpieczenia zdrowotnego; lub

- osoby nieubezpieczone (koszty leczenia ponoszone w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy, które wynoszą ponad dziesięć procent rocznego dochodu brutto takiej osoby); lub
- osoby, które wyczerpały swoje świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego i które mogą wykazać się niezdolnością do uiszczenia pełnych opłat; lub
- Według uznania szpitala, osoby, które mogą wykazać niezdolność do uiszczenia opłaty współpłacącej i/lub podlegającej odliczeniu, mogą wnioskować o obniżoną lub zniżkową płatność.

Osoby do 400% federalnego poziomu ubóstwa kwalifikują się do pomocy finansowej.

Federalne poziomy ubóstwa (2025) Federal Poverty Levels (2025)			
Wielkość gospodarstwa domowego	200%	300%	400%
1 osoba	31 300 dolarów	46 950 dolarów	62 600 dolarów
2 Osoby	42 300 dolarów	63 450 dolarów	84 600 dolarów
3 Osoby	53 300 dolarów	79 950 dolarów	106 600 dolarów
4 Osoby	64 300 dolarów	96 450 dolarów	128 600 dolarów
5 Osoby	75 300 dolarów	112 950 dolarów	150 600 dolarów
6 Osoby	86 300 dolarów	129 450 dolarów	172 600 dolarów
7 Osoby	97 300 dolarów	145 950 dolarów	194 600 dolarów

Aktualizowane corocznie: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Minimalne stawki rabatowe Minimum discount Rates

Jeśli kwalifikujesz się do pomocy finansowej, Twoje opłaty zostaną obniżone w zależności od Twojego dochodu na ruchomej skali opłat w następujący sposób:

Poziom dochodu/Income	Płatność/Payment
Poniżej 200% Federalnego Poziomu Ubóstwa (Federal Poverty Level, FPL)	Zrzeczenie się wszelkich opłat
200% - 300% FPL	Pacjenci nieubezpieczeni: Skala ruchoma do 10% kwoty, która zostałaby zapłacona za usługę (usługi) przez Medicaid. Pacjenci nieobjęci ubezpieczeniem: Maksymalnie do 10% kwoty, która zostałaby wypłacona zgodnie z podziałem kosztów ubezpieczenia takiego pacjenta.
301% - 400% FPL	Pacjenci nieubezpieczeni: Skala ruchoma do 20% kwoty, która zostałaby zapłacona za usługę (usługi) przez Medicaid. Pacjenci nieobjęci ubezpieczeniem: Maksymalnie do 20% kwoty, która zostałaby wypłacona zgodnie z podziałem kosztów ubezpieczenia takiego pacjenta.

Szpitala mogą zdecydować się na zapewnienie większych zniżek dla uprawnionych pacjentów i/lub zaoferowanie zniżek na płatności dla pacjentów o wyższych dochodach.

Plany ratalne/Installment Plans

Plany ratalne są dostępne dla pacjentów, którzy nie są w stanie zapłacić obniżonej stawki za jednym razem. Miesięczne płatności nie mogą przekroczyć 5% miesięcznego dochodu brutto, a stopa procentowa naliczana pacjentowi od niespłaconego salda, jeśli takie występuje, nie może przekroczyć 2%.

Wniosek o zaświadczenie o dochodach gospodarstwa domowego

Request for Proof of Household Income

Prosimy o podanie informacji o dochodach pacjenta, jego współmałżonka i osób pozostających na utrzymaniu (takich jak dzieci). Na przykład przy obliczaniu dochodu gospodarstwa domowego uwzględniono wszystkie osoby znajdujące się w tym samym zeznaniu podatkowym (osobę składającą zeznanie podatkowe, współmałżonka i osoby pozostające na utrzymaniu podatkowe).

Poniżej znajduje się lista dokumentów, których możesz użyć, aby udowodnić swoje dochody. Nie musisz dostarczać wszystkich tych dokumentów. Możesz również przedstawić zaświadczenie o braku dochodu gospodarstwa domowego, jeśli nie masz żadnego dochodu.

Możesz również udostępnić stronę Ustalanie uprawnień z NY State of Health Marketplace. Jeśli posiadasz ten dokument, nie musisz podawać szpitalowi żadnych innych informacji o dochodach wymienionych poniżej.

W przypadku, gdy gospodarstwo domowe otrzymuje: If family receives	Kwota na miesiąc: Amount/month	Wnioskodawca może dostarczyć: Applicant may provide
Płaca Salary	\$	Prosimy o dostarczenie jednego odcinka wypłaty lub listu od pracodawcy na papierze firmowym, podpisanego i opatrzonego datą lub ostatnio złożonego zeznania podatkowego.
Składka na ubezpieczenie społeczne SS Payments	\$	Kopia listu/certyfikatu przyznającego zaświadczenie, korespondencja z U.S. Social Security Administration lub list z rocznym świadczeniem. Aby poprosić o kopię listu o świadczeniu z Ubezpieczeń Społecznych, zadzwoń pod numer 1-800-772-1213 lub odwiedź www.ssa.gov .
Zasiłek dla bezrobotnych Unemployment Comp	\$	Kopia listu/certyfikatu z nagrodą lub miesięcznego zestawienia świadczeń z Departamentu Pracy stanu Nowy Jork lub kopia karty do płatności bezpośrednich z wydrukiem lub korespondencja z Departamentu Pracy stanu Nowy Jork lub wydruk informacji o koncie odbiorcy ze strony internetowej Departamentu Pracy stanu Nowy Jork (www.labor.state.ny.us).
Zasiłek inwalidzki Disability/payment	\$	Kopia listu/certyfikatu przyznającego zaświadczenie lub korespondencja z Administracji Ubezpieczeń Społecznych lub kopia listu z rocznym świadczeniem. Aby poprosić o kopię listu z zasiłkiem, zadzwoń pod numer 1-800-772-1213 lub odwiedź www.ssa.gov .
Odszkodowania pracownicze Work. Comp	\$	Kopia listu z nagrodą lub odcinka czeku.
Alimenty na dziecko Alimony/child supp	\$	Kopia nakazu sądowego lub 3-miesięczne zrealizowane czeki/pokwitowania.
Dywidendy/Odsetki Divident/Interest	\$	Kwartalne sprawozdania z dywidendy lub sprawozdania za 1 miesiąc.
Inne Other	\$	List określający wysokość zarobków pozapłacowych (jeśli występują), takich jak dochody z wynajmu, gotówka za prace dorywcze itp.
Brak dochodu/No income	0 dolarów	Podpisane zaświadczenie o braku dochodów.