

Заявление NYS Uniform Hospital на получение финансовой помощи от больницы

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

У вас может быть право на получение финансовой помощи от медицинского учреждения для оплаты счетов, если у вас нет страхового полиса, ваше страховое покрытие исчерпано или у вас имеется медицинское страхование, 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. *Это заявление должно быть составлено на основных¹ языках, на которых говорят пациенты медицинского учреждения.*

Имя и фамилия пациента (заполните всю необходимую информацию)

Patient Name – complete information that is applicable

Имя и фамилия пациента (имя, отчество, фамилия): Patient Name (First, Middle, Last)		
Дата рождения (мм/дд/гггг): Date of Birth (mm/dd/yyyy)		
Адрес: Address	Номер квартиры/блока: Apartment/Unit #	
Город: City	Штат: State	Почтовый индекс: Zip
Контактный номер телефона: Contact Phone		
Имя и фамилия родителя, опекуна или законного представителя (если пациент является несовершеннолетним ребенком либо недееспособным взрослым): Parent/Guardian or Lawful Representative Name		
Адрес электронной почты (если есть): Email address (if any)		

Информация о семье

Перечислите ниже всех членов своей семьи. К членам семьи относитесь вы, ваш(а) супруг(а) или сожитель(ница), дети и 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 (зарботная плата, 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 социальный доход).

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

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.

--	--	--

Администрация медицинского учреждения может попросить вас предоставить документы, подтверждающие доход (например, квитанцию о начислении заработной платы, письмо от работодателя, если это необходимо, или форму 1040).

Статус медицинского страхования Health Insurance status

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

Yes ☐ Да No ☐ Нет

Если вы ответили «Нет», требуется ли вам помощь в подаче заявления для участия в одной из этих программ? Would you like assistance programs?

Yes ☐ Да No ☐ Нет

Пациенты с недостаточным страхованием: лица с медицинским страховым полисом и высокими медицинскими расходами. Если у вас имеется медицинский страховой полис, предоставьте доказательство медицинских счетов, оплаченных за последние 12 месяцев.

\$

Администрация медицинского учреждения может попросить вас предоставить документы, подтверждающие оплаченные медицинские расходы.

Пациент / ответственное лицо: если это не пациент, укажите имя и фамилию лица, подписывающего форму, а также его полномочия на подписание от имени пациента [например, является ли такое лицо супругом(-ой), родителем, законным представителем].

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) /Print Name:	Дата/Date:
Кем приходится пациенту/Relationship to Patient:	
Подпись/Signature:	

Минимальные требования и рекомендации

Minimum Eligibility and Guidelines

Сроки подачи заявления, права пациента и конфиденциальность

- Вы можете подать заявление на получение финансовой помощи когда-либо в период сбора данных.
- Вы не должны производить какие-либо выплаты этому медицинскому учреждению до тех пор, пока вам не придет 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). 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 помощь в подаче заявления, обратитесь к финансовым консультантам по указанным ниже номерам или воспользуйтесь нашим порталом для самостоятельной предварительной оценки по адресу mimo.mapsng.com.

Для оплаты медицинских счетов:
718-283-7790

Для счетов по охране поведенческого
здоровья: 718-283-8177

Если вам удобнее пройти
предварительную оценку онлайн,
перейдите по ссылке mimo.mapsng.com
или отсканируйте этот QR-код.



- Если вам нужна дополнительная помощь с этим заявлением или помощь 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/Eligibility

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 медицинского страхового полиса.
- Лица с недостаточным уровнем страхования (расходы на медицинское обслуживание, накопленные за последние двенадцать месяцев, составляют более десяти процентов от валового годового дохода таких лиц).
- Лица, которые исчерпали свои возможности по медицинскому страхованию и могут подтвердить неспособность оплатить все расходы.
- Лица, которые по усмотрению медицинского учреждения могут подтвердить неспособность внести доплату и/или вычитаемую франшизу, могут запросить уменьшение оплаты или скидку.

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

Федеральный уровень бедности (2025) Federal Poverty Levels (2025)			
Количество членов семьи	200 %	300 %	400 %
1 человек	\$31 300	\$46 950	\$62 600
2 человека	\$42 300	\$63 450	\$84 600
3 человека	\$53 300	\$79 950	\$106 600
4 человека	\$64 300	\$96 450	\$128 600
5 человек	\$75 300	\$112 950	\$150 600
6 человек	\$86 300	\$129 450	\$172 600
7 человек	\$97 300	\$145 950	\$194 600

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

Минимальный размер скидки Minimum discount Rates

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

Уровень дохода/ Income	Оплата /Payment
Ниже 200 % от федерального уровня бедности (Federal Poverty Level, FPL)	Отмена всех расходов
200–300 % от федерального уровня бедности	Незастрахованные пациенты: скользящая шкала составляет 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 страховому полису пациента.
301–400 % от федерального уровня бедности	Незастрахованные пациенты: скользящая шкала составляет 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 страховому полису 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 быть выше 2 %.

Запрос на подтверждение дохода семьи

Request for Proof of Household Income

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

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.

Вы также 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 перечисленную ниже информацию о доходах.

Доход семьи If family receives	Сумма за месяц Amount/month	Документы, которые может предоставить заявитель Applicant may provide
Заработная плата Salary	\$	Предоставьте один корешок чека заработной платы, письмо от работодателя на фирменном бланке с подписью и датой или последнюю поданную декларацию о доходах.
Выплаты по социальному страхованию SS Payments	\$	Копия письма или сертификата о назначении пособия, корреспонденция 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 Unemployment Comp	\$	Копия письма или сертификата о назначении пособия, ежемесячная выписка по выплатам пособия от Департамента труда штата Нью-Йорк (NYS Department of Labor), копия карточки для осуществления прямых выплат с распечаткой, корреспонденция от Департамента труда штата Нью-Йорк, распечатка баланса счетов получателя с веб-сайта Департамента труда штата Нью-Йорк (www.labor.state.ny.us).
Пособие по инвалидности Disability/payment	\$	Копия письма или сертификата о назначении пособия, корреспонденция 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 .
Компенсационные выплаты работникам Work. Comp	\$	Копия письма о назначении пособия или корешок чека.
Алименты или помощь по содержанию ребенка Alimony/child supp	\$	Копия постановления суда или погашенные чеки либо квитанции за 3 месяца.
Дивиденды/проценты Divident/Interest	\$	Ежеквартальная выписка о дивидендах или выписка за 1 месяц.
Другое Other	\$	Письмо с указанием суммы нетрудовых доходов (если есть), таких как доход от аренды, деньги за выполнение неквалифицированной разовой работы и т. д.
Отсутствие дохода/No income	\$0	Подписанная выписка об отсутствии дохода.