



درخواست مساعدت مالی یکنواخت شفاخانه‌های ایالت نیویورک (NYS)

اگر بیمه ندارید، اگر بیمه‌تان ختم شده باشد، یا اگر بیمه صحتی دارید اما اسناد پرداخت مصارف طبی را که بیشتر از 10% عایدتان است، ارائه کنید، ممکن است واجد شرایط مساعدت مالی شفاخانه برای پرداخت بیل‌های صحتی خود باشید. تکمیل این فرم آغاز روند درخواست مساعدت مالی شفاخانه می‌باشد. این فرم توسط تمام شفاخانه‌های ایالت نیویورک استفاده می‌شود.

این درخواست باید به زبان‌های اصلی‌ای 1 چاپ شود که مریضان گیرنده خدمات از شفاخانه به آن‌ها صحبت می‌کنند.

نام مریض (لطفاً معلومات مربوطه را تکمیل نمایید)

نام مریض (نام، نام وسطی، تخلص)	
تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	
شماره آپارتمان/واحد	آدرس
کود پستی	ایالت شهر
شماره تماس #	
نام والد/سرپرست یا نماینده قانونی (اگر مریض طفل خردسال یا بزرگسال ناتوان باشد)	
آدرس ایمیل (در صورت وجود)	

معلومات خانوادگی:

لطفاً تمام اعضای فامیل را که در خانوار شما زندگی می‌کنند، در زیر ذکر نمایید. خانوارتان شامل خودتان، زوج یا همسر قانونی، و هر طفل یا افراد وابسته دیگر می‌باشد. برای مثال، این مورد شامل تمام کسانی می‌شود که نام‌شان در یک اظهارنامه مالیاتی ذکر شده است.

عاید ناخالص به معنی عایدی است که قبل از کسر مالیات‌ها به‌دست می‌آید.

عاید ناخالص می‌تواند شامل عاید کاری (معاشات، تنخواه، انعام، عواید خوداشتغالی)، عاید غیرکاری (مزایای تأمین اجتماعی، معلولیت و بی‌کاری)، کمک‌های مالی (پول از خانواده یا دوستان)، و سایر منابع عاید (کمک‌های موقتی و درآمد مکمل تأمین اجتماعی) باشد.

مجموع عاید ناخالص (فعلی)	نسبت	نام کامل
	خود	

1 "زبان‌های اصلی" بشمول هر زبان می‌شود که برای ارتباط در حداقل 5% بازدیدهای مریض در سال استفاده می‌شود، یا هر زبان که توسط بیشتر از 1% جمعیت ساحه خدمات شفاخانه اولیه تکلم می‌شود که این فیصدی با استفاده از معلومات دیموگرافیک موجود از اداره سرشماری ایالات متحده محاسبه شده و توسط دیتا و معلومات سیستم‌های مکتب تکمیل شده است.

ممکن است شفاخانه از شما بخواهد اسناد را به حیث ثبوت عاید ارائه کنید؛ مثال‌هایی از این اسناد می‌تواند شامل پرزهی معاش، مکتوب از طرف کارفرما (در صورت امکان)، یا فورم 1040 باشد.

وضعیت بیمه صحی

آیا شما کدام نوع بیمه صحی دارید، شامل Medicaid، Medicare یا بیمه خصوصی از طریق وظیفه یا خریداری‌شده به‌صورت شخصی؟ ☐ بلی ☐ نخیر

اگر "نخیر" را انتخاب کردید، آیا می‌خواهید در درخواست برای این برنامه‌ها کمک دریافت کنید؟ ☐ بلی ☐ نخیر

مریضان دارای بیمه ناکافی: اشخاصی که بیمه دارند اما هزینه‌های طبی آن‌ها بالاست. اگر بیمه دارید، لطفاً تخمینی از بیل‌های طبی‌ای که در 12 ماه گذشته پرداخت کرده‌اید، را ارائه نمایید.

ممکن است شفاخانه از شما بخواهد اسناد را به حیث ثبوت پرداخت هزینه‌های طبی ارائه نمایید.

مريض/شخص مسئول: اگر شخص امضاکننده مریض نیست، لطفاً نام فردی را که فورم را امضا می‌کند و صلاحیت او برای امضا به نمایندگی از طرف مریض را (مثلاً همسر، والد، نماینده قانونی) ذکر نمایید.

من می‌فهمم که معلوماتی که ارائه می‌کنم ممکن است توسط منابع خارجی بررسی گردد. من تصدیق می‌کنم که این معلومات تا آنجا که می‌دانم درست و مکمل است.

نام با حروف بزرگ	تاریخ
نسبت با مریض	
امضا	

حداقل شرایط برای واجد شرایط بودن و رهنمودها

مهلت درخواست، حقوق مریض و محرمانه اطلاعات

- شما می‌توانید در هر زمان در جریان پروسه جمع‌آوری بیل‌ها، برای مساعدت مالی درخواست بدهید.
- شما لازم نیست قبل از دریافت تصمیم در مورد درخواست‌تان برای مساعدت مالی، پرداختی به این شفاخانه انجام دهید. تا زمانی که درخواست‌تان تحت بررسی است، شفاخانه نمی‌تواند حساب‌ها را به بخش جمع‌آوری بدهد.
- اگر درخواست مساعدت مالی‌تان رد شود، شما حق دارید درخواست تجدیدنظر نمایید. معلومات در مورد چگونگی تجدیدنظر در مکتوب اطلاع‌رسانی شفاخانه گنجانده خواهد شد. ممکن است شما حق تجدیدنظر در مورد مقدار مساعدت مالی تصویب‌شده را نیز داشته باشید. شفاخانه معلومات مربوط به چگونگی تجدیدنظر را در مکتوب تصمیم خود شامل خواهد ساخت.
- شفاخانه‌ها نمی‌توانند بیل‌های پرداخت‌نشده را حداقل تا 180 روز پس از صدور اولین بیل به آژانس‌های جمع‌آوری بدهند.
- شفاخانه‌ها اجازه ندارند برای وصول بیل‌های طبی پرداخت‌نشده مریضان با عاید کمتر از 400% خط فقر فدرال، اقدام قانونی از جمله شکایت به محکمه نمایند. رهنمودهای مربوط به خط فقر را می‌توانید در این آدرس بیابید:
<https://aspe.hhs.gov/topics/pove-rt y-economic- mobility/poverty-guidelines>
- تمام معلوماتی که در این درخواست ارائه می‌شود فقط برای تعیین واجد شرایط بودن شما برای مساعدت مالی توسط شفاخانه استفاده خواهد شد و مطابق با قانون محرمانه باقی می‌ماند.
- هیچ شفاخانه‌ای نمی‌تواند به دلیل داشتن بیل طبی پرداخت‌نشده، خدمات طبی ضروری را از شما دریغ کند.
- اگر برای تکمیل این درخواست به کمک نیاز دارید، لطفاً با دفتر مساعدت مالی مرکز صحتی Erie County به شماره 716-5566-898 تماس بگیرید.
- اگر برای تکمیل این درخواست یا برای تجدید نظر در یک تصمیم به کمک اضافی به کمک اضافی نیاز دارید، می‌توانید با سازمان Community Health Advocates به شماره 5400-614-888 تماس بگیرید.
- مساعدت تأییدشده تمام خدمات قابل تطبیق شفاخانه را تحت پوشش قرار می‌دهد. ممکن است برای خدمات یا فیس داکترانی که شامل این برنامه نمی‌شوند، بل جداگانه دریافت نمایید.
- برای فهرست خدمات تحت پوشش و داکتران همکار، لطفاً به این لینک مراجعه نمایید: <https://www.ecmc.edu/patients- /visitors/ billing-and-insurance/ecmc-affiliated-providers>

واجد شرایط بودن

هیچ چیزی مانع این نمی‌شود که یک شفاخانه واجد شرایط بودن مریض را برای تخفیف پرداخت بر اساس سطح عاید بالاتر از سطوح تعیین‌شده در زیر، یا تخفیف‌های بیشتر از آنچه در قانون صحت عامه لازم است، تعیین کند. همچنان، وضعیت مهاجرت نباید به حیث معیار واجد شرایط بودن برای مساعدت مالی در نظر گرفته شود.

افراد ذیل واجد شرایط می‌باشند:

- اشخاص دارای عاید پایین که بیمه صحتی ندارند؛ یا
 - اشخاص دارای بیمه ناکافی (هزینه‌های طبی پرداخت‌شده از جیب طی 12 ماه گذشته که بیش از ده فیصد از عاید سالانه ناخالص شخص باشد)؛ یا
 - افرادی که مزایای بیمه صحتی‌شان به اتمام رسیده و نمی‌توانند کل هزینه‌ها را بپردازند؛ یا
 - به صلاحدید شفاخانه، افرادی که نمی‌توانند سهمیه یا فرانشیز بیمه خود را بپردازند، می‌توانند درخواست تخفیف یا کاهش پرداخت نمایند.
- افرادی که عاید آنان تا 400% سطح فقر فدرال است، واجد شرایط مساعدت مالی می‌باشند.

سطوح فقر فدرال (2024)			
اندازه خانوار	200%	300%	400%
1 شخص	30,120\$	45,180\$	60,240\$
2 شخص	40,880\$	61,320\$	81,760\$
3 شخص	51,640\$	77,460\$	103,280\$
4 شخص	62,400\$	93,600\$	124,800\$
5 شخص	73,160\$	109,740\$	146,320\$
6 شخص	83,920\$	125,880\$	167,840\$
7 شخص	94,680\$	142,020\$	189,360\$

بهروز می‌شود به صورت سالانه: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

حداقل نرخ‌های تخفیف

اگر واجد شرایط مساعدت مالی باشید، هزینه‌هایتان طبق عاید شما و بر اساس مقیاس متحرک فی به صورت زیر کاهش می‌یابد:

سطح عاید	پرداختی
کمتر از 200% خط فقر	از تمام هزینه‌ها معاف می‌شوند
200% تا 300% خط فقر	برای مریضان بدون بیمه: مقیاس متحرک تا 10% از مقداری که Medicaid بابت خدمات پرداخت می‌کرد. برای مریضان دارای بیمه ناکافی: تا حداکثر 10% از مبلغی که مطابق با سهم مشارکت بیمه‌ای مریض پرداخت می‌شد.
301% تا 400% خط فقر	برای مریضان بدون بیمه: مقیاس متحرک تا 20% از مقداری که Medicaid بابت خدمات پرداخت می‌کرد. برای مریضان دارای بیمه ناکافی: تا حداکثر 20% از مبلغی که مطابق با سهم مشارکت بیمه‌ای مریض پرداخت می‌شد.

شفافخانه‌ها می‌توانند تخفیف‌های بیشتری برای مریضان واجد شرایط فراهم نمایند یا تخفیف برای سطوح بالاتر عایدی نیز پیشنهاد کنند.

پلان‌های پرداخت اقساطی

برای مریضانی که نمی‌توانند مبلغ تخفیف‌خورده را یکباره بپردازند، پلان‌های پرداخت اقساطی موجود است. پرداخت ماهانه نمی‌تواند از 5% عاید ناخالص ماهانه شما بیشتر باشد و نرخ سود، در صورت موجودیت، نباید بیشتر از 2% باشد.

درخواست برای سند اثبات عایدی خانواده

لطفاً معلومات عایدی مریض، همسر و افراد تحت تکفل (مانند اطفال) را درج نمایید. برای مثال، این شامل تمام کسانی است که هنگام محاسبه عایدات خانوار در یک فورم مالیاتی شامل هستند (فرد اظهارکننده، همسر، و وابستگان مالیاتی).

لیست اسناد قابل قبول برای اثبات عاید به قرار زیر است. شما لازم نیست تمام اسناد را ارائه دهید. اگر عایدی ندارید، می‌توانید اظهارنامه امضا شده خانوار بدون عایدی را نیز ارائه نمایید.

همچنان می‌توانید صفحه تعیین واجد شرایط بودن از بازار بیمه‌ای ایالت نیویورک را ارائه دهید. در صورت داشتن این سند، نیازی به ارائه سایر معلومات مربوط به عاید به شفاخانه نیست.

<u>متقاضی می‌تواند موارد زیر را ارائه کند:</u>	<u>مبلغ در ماه:</u>	<u>اگر خانوار دریافت می‌کند:</u>
یک پرزه‌ی معاش، یا مکتوب از کارفرما با سرنامه رسمی کمپنی و دارای امضا و تاریخ، یا اظهارنامه مالیاتی اخیراً تسلیم شده است.	\$	معاشات
کاپی نامه تأییدیه یا/ مکاتبات از اداره تأمین اجتماعی آمریکا، یا نامه امتیازات سالانه. برای دریافت یک کاپی از نامه امتیازات تأمین اجتماعی، تماس بگیرید با 1-800-772-1213 یا مراجعه نمایید به: www.ssa.Qov .	\$	پرداخت تأمین اجتماعی
کاپی نامه تأییدیه، یا رسید مزایای ماهانه از اداره کار نیویورک، یا کاپی کارت پرداخت مستقیم همراه پرینت، یا مکاتبات از اداره کار نیویورک، یا پرینت از حساب متقاضی در ویبسایت اداره کار نیویورک (www.labor.state.ny.us).	\$	کمک هزینه بی‌کاری
کاپی نامه تأییدیه، یا مکاتبات از اداره تأمین اجتماعی، یا نامه سالانه امتیازات. برای دریافت کاپی نامه امتیازات، تماس بگیرید با 1-800-772-1213 یا مراجعه نمایید به: www.ssa.oov .	\$	امتیازات معلولیت
کاپی نامه تأیید یا پرزه چک	\$	جبران خسارت کارگران
کاپی حکم محکمه، یا کاپی 3 ماه چک نقدشده/رسید.	\$	نفقه یا حمایت اطفال
صورت حساب ربعوار سود سهام یا صورت حساب 1 ماهه.	\$	سود سهام/بهره
نامه‌ای که مبلغ عایدی غیرکاری (در صورت وجود)، مانند کرایه خانه، پول برای کارهای جزئی و غیره را بیان کند	\$	سایر
اظهارنامه امضا شده بدون عایدی.	0\$	بدون عایدی