

## Заявление на получение финансовой помощи для больницы штата Нью-Йорк

Вы можете иметь право на получение больничной финансовой помощи для оплаты счетов, если у вас нет страховки, если ваша страховка исчерпана, или если у вас есть медицинская страховка, но есть доказательство оплаты медицинских расходов в размере более 10% от вашего дохода. После заполнения этой формы вы начнете обращаться за финансовой помощью в больнице. Эту форму используют все больницы штата Нью-Йорк.

Это заявление должно быть распечатано на основном<sup>1</sup> языке, на котором говорят пациенты, обслуживаемые больницей.

### Имя пациента (полная информация, которая применима)

Имя пациента (имя, отчество, фамилия)		
Дата рождения (мм/дд/гггг)		
Адрес		Квартира/Блок #
Город	Государство	Молния
Контактный телефон #		
Имя родителя/опекуна или законного представителя (если пациентом является несовершеннолетний ребенок или недееспособный взрослый)		
Адрес электронной почты (если есть)		

### Информация о семье:

Пожалуйста, перечислите ниже всех членов вашей семьи. В состав вашей семьи входите вы, ваш супруг/супруга или сожитель, а также любые дети или другие иждивенцы. Например, это включает в себя всех, кто указан в одной и той же налоговой декларации.

Валовой доход означает ваш доход **до** вычета налогов.

Валовой доход может состоять из трудовых заработков (заработная плата, оклады, чаевые, заработок от индивидуальной трудовой деятельности), нетрудовых доходов (социальное обеспечение, пособия по инвалидности и безработице), взносов (средства семьи или друзей) и других источников дохода (временная помощь и дополнительный доход по социальному обеспечению).

Полное имя	Связь	Общий валовой доход (текущий)
	Сам	

<sup>1</sup> «Основные языки» включают в себя любой язык, который используется для общения не менее чем в 5% случаев обращения пациентов в год, или любой язык, на котором говорит более 1% населения зоны первичного больничного обслуживания, рассчитанный с использованием демографической информации, полученной от Бюро переписи населения США, дополненной данными школьных систем.


Больница может попросить вас предоставить документацию в качестве подтверждения дохода; Примеры документации могут включать квитанцию о заработной плате, письмо от вашего работодателя, если применимо, или форму 1040.

**Статус медицинского страхования**

Есть ли у вас какая-либо форма медицинской страховки, включая Medicaid, Medicare или частную страховку через вашего работодателя или приобретенную самостоятельно?  Да  Нет

Если вы ответили «Нет», хотели бы вы получить помощь в подаче заявки на любую из этих программ?

Да  Нет

**Пациенты с недостаточной страховкой: люди со страховкой и высокими медицинскими расходами.** Если у вас есть страховка, пожалуйста, предоставьте оценку медицинских счетов, которые вы оплатили за последние 12 месяцев.

\$
----

Больница может попросить вас предоставить документацию в качестве доказательства оплаченных медицинских расходов.

**Пациент/Ответственная сторона:** Если это не пациент, укажите имя лица, подписавшего форму, и его полномочия на подписание от имени пациента (например, супруга, родителя, законного представителя).

Я понимаю, что информация, которую я предоставляю, может подлежать проверке из внешних источников. Я подтверждаю, что информация является правдивой и полной, насколько мне известно.

Имя печатной формы	Дата
Отношение к пациенту	
Подпись	

## Минимальное право на участие и рекомендации

### Сроки подачи заявки, права пациента и конфиденциальность

- Вы можете подать заявление на получение финансовой помощи в любой момент процесса взыскания.
- Вам не нужно вносить какие-либо платежи в эту больницу до тех пор, пока вы не получите решение по вашему заявлению на получение финансовой помощи. Больницы не могут пересылать счета на взыскание, пока ваше заявление находится на рассмотрении.
- Если вам отказано в финансовой помощи, вы имеете право подать апелляцию. Информация о том, как это сделать, будет включена в уведомление больницы, которое вы получите. Вы можете иметь право обжаловать сумму вашей финансовой помощи. Больница включит информацию о том, как подать апелляцию, в письмо о решении.
- Больницы не могут отправлять неоплаченные счета в агентство по сбору платежей в течение как минимум 180 дней после первого счета.
- Больницам запрещено предпринимать юридические действия, в том числе подавать судебные иски, чтобы взыскать неоплаченные медицинские счета для пациентов ниже 400% от федерального уровня бедности. С рекомендациями по бедности можно ознакомиться здесь: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economicmobility/poverty-guidelines>
- Любая информация, предоставленная в этом заявлении, будет использоваться больницей только для определения вашего права на получение финансовой помощи и останется конфиденциальной в той степени, в которой это разрешено законом.
- Больница не может отказать вам в необходимых медицинских услугах из-за того, что у вас есть неоплаченный медицинский счет.
- Если вам нужна помощь с этим приложением, свяжитесь с членом команды ниже.  
Система здравоохранения Маунт-Синай

Представитель: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

- Если вам нужна дополнительная помощь с этим заявлением или помощь в обжаловании решения, вы можете обратиться в организацию Community Health Advocates: 888-614-5400.

### Приемлемость

Ничто не ограничивает способность больницы устанавливать право пациента на получение скидок при уровнях дохода выше, чем указано ниже, и/или предоставлять более значительные скидки на оплату для пациентов, имеющих на это право, чем требуется в соответствии с Законом об общественном здравоохранении. Кроме того, иммиграционный статус не является критерием для определения финансовой помощи.

Право на участие имеют следующие лица:

- Лица с низким доходом без медицинской страховки; или

- недостаточно застрахованные лица (наличные медицинские расходы, накопленные за последние двенадцать месяцев, которые составляют более десяти процентов от валового годового дохода такого лица); или
- те, кто исчерпал свои льготы по медицинскому страхованию и кто может продемонстрировать неспособность оплатить все расходы; или
- По усмотрению больницы лица, которые могут продемонстрировать неспособность оплатить доплату и/или франшизу, могут запросить уменьшенный или сниженный платеж.

Право на получение финансовой помощи имеют лица с доходом до 400% от федерального уровня бедности.

<b>Федеральный уровень бедности (2024)</b>			
<b>Размер домохозяйства</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
1 человек	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 Персоны	\$40,880	\$61,320	81 760 долларов США
3 персоны	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 персоны	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 персон	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 персон	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 персон	\$94,680	\$142,020	\$189,360

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

#### **Минимальные ставки дисконтирования**

Если вы имеете право на получение финансовой помощи, ваши сборы будут уменьшены в соответствии с вашим доходом по скользящей шкале сборов следующим образом:

<b>Уровень дохода</b>	<b>Уплата</b>
Ниже 200% FPL	Отмена всех платежей
200% - 300% FPL	<p>Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 10% от суммы, которая была бы уплачена за услугу (услуги) по программе Medicaid.</p> <p>Пациенты с недостаточной страховкой: максимум до 10% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением расходов на страховку такого пациента.</p>
301% - 400% FPL	<p>Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 20% от суммы, которая была бы уплачена за услугу (услуги) Medicaid.</p> <p>Пациенты с недостаточной страховкой: максимум до 20% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением расходов на страхование такого пациента.</p>

Больницы могут предоставлять большие скидки для пациентов, имеющих на это право, и/или предлагать скидки на оплату для пациентов с более высоким уровнем дохода.

## Рассрочка

Рассрочка доступна пациентам, которые не могут оплатить сниженную ставку все за один раз. Ежемесячные платежи не могут превышать 5% от вашего валового ежемесячного дохода, а процентная ставка, начисляемая пациенту на невыплаченный остаток, если таковой имеется, не должна превышать 2%.

## Запрос на подтверждение дохода семьи

Пожалуйста, включите информацию о доходах пациента, его супруга и любых иждивенцев (например, детей). Например, при расчете дохода домохозяйства будут включены все лица, указанные в одной и той же налоговой декларации (лицо, подающее налоговую декларацию, супруг/супруга и налоговые иждивенцы).

Ниже приведен список документов, которые вы можете использовать для подтверждения своего дохода. Вам не обязательно предоставлять все эти документы. Вы также можете предоставить справку об отсутствии семейного дохода, если у вас нет дохода.

Вы также можете предоставить страницу определения права на участие в программе на сайте NY State of Health Marketplace. Если у вас есть этот документ, вам не нужно предоставлять больнице какую-либо другую информацию о доходах, указанную ниже.

<b><u>Если домохозяйство получает:</u></b>	<b><u>Сумма в месяц:</u></b>	<b><u>Заявитель может предоставить:</u></b>
Зарплата	\$	Пожалуйста, предоставьте один корешок зарплатного чека или письмо от работодателя на фирменном бланке компании, подписанное и датированное или недавно поданную декларацию о доходах.
Выплата по социальному страхованию	\$	Копия письма/сертификата о присуждении стипендии, или корреспонденция из Администрации социального обеспечения США, или письмо о ежегодном пособии. Чтобы запросить копию письма о выплате пособия по социальному обеспечению, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Пособие по безработице	\$	Копия письма/сертификата о присуждении стипендии, или выписка о ежемесячном пособии от Департамента труда штата Нью-Йорк, или копия карты прямого платежа с распечаткой, или корреспонденция от Департамента труда штата Нью-Йорк, или распечатка информации о счете получателя с веб-сайта Департамента труда штата Нью-Йорк ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Выплата по инвалидности	\$	Копия письма/сертификата о присуждении награды, или корреспонденция из

		Управления социального обеспечения, или копия письма о ежегодном пособии. Чтобы запросить копию письма о выплате пособия, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Компенсация работникам	\$	Копия письма о награждении или корешка чека.
Алименты/алименты на ребенка	\$	Копия постановления суда или 3 месяца обналиченных чеков/квитанций.
Дивиденды/проценты	\$	Квартальные отчеты о дивидендах или отчеты за 1 месяц.
Другой	\$	Письмо с указанием суммы дохода, не связанного с заработной платой (если есть), например, доход от аренды, наличные деньги за случайные заработки и т.д.
Нет дохода	\$0	Подписанная декларация об отсутствии доходов.