

طلب المساعدة المالية الموحد للمستشفيات في ولاية نيويورك

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من المستشفى من أجل تغطية فواتيرك الطبية إذا كنت غير مشمول بتأمين صحي، أو إذا كان تأمينك قد نفذ، أو إذا كنت تمتلك تأميناً صحياً ولكن لديك ما يثبت أن نفقاتك الطبية تتجاوز ١٠٪ من دخلك. يُعد استكمال هذا النموذج الخطوة الأولى لتقديم طلب المساعدة المالية من المستشفى. ويُعتمد هذا النموذج في جميع المستشفيات داخل ولاية نيويورك.

يجب توفير هذا الطلب مطبوعاً باللغات الرئيسية^١ التي يتحدث بها المرضى الذين تخدمهم المستشفى.

اسم المريض (المعلومات الكاملة التي تنطبق)

اسم المريض (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الشهرة)	
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	
العنوان	رقم الشقة/الوحدة
المدينة	الولاية
رقم هاتف جهة الاتصال	الرمز البريدي
اسم الوالد/الوصي أو الممثل القانوني (في حال كان المريض قاصراً أو بالغاً غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسه)	
عنوان البريد الإلكتروني (إن وجد)	

معلومات الأسرة:

يرجى إدراج جميع أفراد الأسرة المقيمين معك في المنزل أدناه. وتشمل أسرته أنت والزوج أو شريكك المنزلي، بالإضافة إلى أي أطفال أو معالين آخرين. على سبيل المثال، يتضمن ذلك كل من ورد اسمه في نفس الإقرار الضريبي.

الدخل الإجمالي يعني الدخل قبل خصم الضرائب.

يمكن أن يتكوّن الدخل الإجمالي من عدة مصادر، مثل أرباح العمل (الأجور، الرواتب، الإكراميات، والأرباح من العمل الحر)، والدخل غير المكتسب (مثل الضمان الاجتماعي، الإعاقة، وإعانات البطالة)، والمساهمات (الأموال المستلمة من العائلة أو الأصدقاء)، بالإضافة إلى مصادر الدخل الأخرى (مثل المساعدة المؤقتة ودخل الضمان التكميلي).

الاسم الكامل	العلاقة	مجموع الدخل الإجمالي (الحالي)
	الذات	

١- تشمل "اللغات الأساسية" أي لغة تُستخدم للتواصل في ٥٪ على الأقل من زيارات المرضى السنوية، أو أي لغة يتحدث بها أكثر من ١٪ من سكان المنطقة التي تخدمها المستشفى، كما تم تحديده باستخدام البيانات الديموغرافية المتوفرة من مكتب التعداد السكاني في الولايات المتحدة الأميركية، بالإضافة إلى المعلومات المستخلصة من أنظمة المدارس.

قد يطلب منك المستشفى تقديم مستندات كدليل على الدخل، وقد تشمل هذه المستندات شهادة عن الراتب أو رسالة من صاحب العمل إذا كان ذلك ممكناً، أو نموذج ١٠٤٠.

حالة التأمين الصحي:

هل لديك تأمين صحي، سواء كان من خلال برنامج Medicaid أو Medicare أو تأمين خاص مقدّم من صاحب العمل أو اشتريته شخصياً؟ ☐ نعم ☐ كلا

إذا أجبت بـ "كلا"، هل ترغب في الحصول على مساعدة في التقديم لأي من هذه البرامج؟ ☐ نعم ☐ كلا

المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كاف: الأشخاص الذين لديهم تأمين ويواجهون نفقات طبية عالية. إذا كان لديك تأمين، يرجى تقديم تقدير للفواتير الطبية التي قمت بدفعها في الأشهر الاثني عشر الماضية.

\$

قد يطلب منك المستشفى تقديم مستندات كدليل على النفقات الطبية المدفوعة.

المرضى/الطرف المسؤول: إذا لم يكن المريض هو نفسه، يرجى ذكر اسم الشخص الذي يوقع على النموذج وتفويضه بالتوقيع نيابة عن المريض (على سبيل المثال، الزوج أو الوالد أو الممثل القانوني). أفهم أن المعلومات التي أقدمها قد تخضع للتحقق من مصادر خارجية، وأؤكد أن المعلومات صحيحة وكاملة بحسب علمي.

الاسم المطبوع	التاريخ
العلاقة مع المريض	
التوقيع	

الحد الأدنى للأهلية والمبادئ التوجيهية

الوقت المناسب لتقديم الطلب، وحقوق المريض، والسرية

- يمكنك التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية في أي وقت خلال عملية التحصيل.
- لا يتعين عليك إجراء أي دفعات للمستشفى حتى يتم اتخاذ قرار بشأن طلبك للمساعدة المالية. كما لا يجوز للمستشفيات تحويل الحسابات إلى التحصيل أثناء انتظار القرار.
- في حال تم رفض طلبك للحصول على المساعدة المالية، يحق لك الاستئناف. ستتضمن إشعارات المستشفى تعليمات حول كيفية تقديم الاستئناف. وقد يكون لديك الحق في الطعن في مبلغ المساعدة المالية المقررة لك، وسيتم تزويدك بالمعلومات اللازمة حول كيفية الاستئناف ضمن خطاب القرار.
- لا يمكن للمستشفيات إرسال الفواتير غير المدفوعة إلى وكالة تحصيل إلا بعد مرور ١٨٠ يومًا على الأقل من تاريخ إصدار الفاتورة الأولى.
- يُحظر على المستشفيات اتخاذ أي إجراءات قانونية، بما في ذلك رفع الدعاوى القضائية، لاسترداد الفواتير الطبية غير المدفوعة من المرضى الذين يقل دخلهم عن ٤٠٠٪ من مستوى الفقر الفيدرالي. يمكنك الاطلاع على إرشادات الفقر هنا: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- لن يتم استخدام المعلومات المقدمة في هذا الطلب إلا لتحديد أهليتك للحصول على المساعدة المالية، وستظل سرية إلى الحد الذي يسمح به القانون.
- لا يمكن للمستشفى حرمانك من الحصول على خدمات طبية ضرورية بسبب وجود فاتورة طبية غير مدفوعة.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئة هذا الطلب، يمكنك الاتصال **بقسم الخدمات المالية للمرضى في مستشفى هيلين هايز على الرقم ٤٧٨٦-٧٨٦-٨٤٥**.
- إذا كنت بحاجة إلى دعم إضافي في تقديم الطلب أو في استئناف القرار، يمكنك التواصل مع Community Health Advocates على الرقم ٥٤٠٠-٦١٤-٨٨٨.

الأهلية

لا يوجد ما يمنع المستشفى من تحديد أهلية المريض للحصول على خصومات الدفع بناءً على مستويات دخل أعلى من تلك المحددة أدناه، و/أو تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين بما يتجاوز ما ينص عليه قانون الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، يجب ألا يُعتبر وضع الهجرة معيارًا لتحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية.

الأفراد المؤهلون هم:

- الأفراد ذوو الدخل المنخفض الذين لا يمتلكون تأمينًا صحيًا؛
- الأفراد غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ (التكاليف الطبية التي تكبدها الفرد من جيبه الخاص والتي تراكمت خلال الاثني عشر شهرًا الماضية والتي تصل إلى أكثر من عشرة في المائة من إجمالي الدخل السنوي لهذا الفرد)؛
- الأفراد الذين استنفذوا مزايا التأمين الصحي الخاص بهم، والذين يستطيعون إثبات عدم قدرتهم على دفع التكاليف بالكامل؛
- أو حسب تقدير المستشفى، يمكن للأفراد الذين يستطيعون إثبات عدم قدرتهم على دفع مدفوعاتهم المشتركة و/أو المبالغ المستقطعة أن يتقدموا بطلب للحصول على دفعات مخففة.

إنَّ الأفراد الذين يصل مستوى فقرهم إلى ٤٠٠٪ من مستوى الفقر الفيدرالي هم مؤهلون للحصول على المساعدة المالية.

مستويات الفقر الفيدرالية (٢٠٢٤)			
حجم الأسرة	٢٠٠٪	٣٠٠٪	٤٠٠٪
شخص	٣٠,١٢٠ دولار	٤٥,١٨٠ دولار	٦٠,٢٤٠ دولار
شخصين	٤٠,٨٨٠ دولار	٦١,٣٢٠ دولار	٨١,٧٦٠ دولار
٣ أشخاص	٥١,٦٤٠ دولار	٧٧,٤٦٠ دولار	١٠٣,٢٨٠ دولار
٤ أشخاص	٦٢,٤٠٠ دولار	٩٣,٦٠٠ دولار	١٢٤,٨٠٠ دولار
٥ أشخاص	٧٣,١٦٠ دولار	١٠٩,٧٤٠ دولار	١٤٦,٣٢٠ دولار
٦ أشخاص	٨٣,٩٢٠ دولار	١٢٥,٨٨٠ دولار	١٦٧,٨٤٠ دولار
٧ أشخاص	٩٤,٦٨٠ دولار	١٤٢,٠٢٠ دولار	١٨٩,٣٦٠ دولار

يتم التحديث سنويًا: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

الحد الأدنى لمعدلات الخصم

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية، سيتم تخفيض رسومك بناءً على ذلك وفقًا لمقياس رسوم متدرج كما هو موضح أدناه:

الدفع	مستوى الدخل
التنازل عن جميع الرسوم	أقل من ٢٠٠٪ من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس متدرج يصل إلى ١٠٪ من المبلغ الذي كان سيُدفع مقابل الخدمة (أو الخدمات) من قبل برنامج Medicaid.	٢٠٠٪ - ٣٠٠٪ من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كاف: يصل إلى حد أقصى ١٠٪ من المبلغ الذي كان سيُدفع بموجب تقاسم تكاليف التأمين لهذا المريض.	
المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس متدرج يصل إلى ٢٠٪ من المبلغ الذي كان سيُدفع مقابل الخدمة (أو الخدمات) من قبل برنامج Medicaid.	٣٠١٪ - ٤٠٠٪ من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كاف: يصل إلى حد أقصى ٢٠٪ من المبلغ الذي كان سيُدفع بموجب تقاسم تكاليف التأمين لهذا المريض.	

يمكن للمستشفيات اختيار تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين أو منح خصومات إضافية على الدفع للمرضى الذين يمتلكون مستويات دخل أعلى.

خطط التقسيط

تتوفر خطط التقسيط للمرضى الذين لا يستطيعون سداد المبلغ المخفض دفعة واحدة. لا يجوز أن تتجاوز المدفوعات الشهرية ٥٪ من إجمالي الدخل الشهري للمريض، ولا يجوز أن يتجاوز معدل الفائدة المفروضة على الرصيد غير المدفوع، إذا وجد، ٢٪.

طلب إثبات الدخل الأسري

يرجى تقديم معلومات الدخل الخاصة بالمريض والزوج وأي أفراد معالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، يجب أن يشمل ذلك جميع الأفراد المدرجين في نفس الإقرار الضريبي (مقدم الإقرار الضريبي، الزوج، والأفراد المعالين) عند حساب الدخل الأسري.

في ما يلي بعض المستندات التي يمكنك استخدامها لإثبات دخلك. ليس من الضروري تقديم كل هذه المستندات، كما يمكنك تقديم بيان بعدم وجود دخل أسري إذا لم يكن لديك دخل.

يمكنك أيضًا تقديم صفحة تحديد الأهلية من سوق الرعاية الصحية في ولاية نيويورك. إذا كنت تمتلك هذا المستند، فلن يكون عليك تقديم أي معلومات أخرى عن الدخل المذكورة أدناه إلى المستشفى.

إذا كانت الأسرة تتلقى:	المبلغ شهريًا:	يمكن لمقدم الطلب تقديم ما يلي:
الاجور	\$	شيك راتب واحد، أو وثيقة من صاحب العمل على ورق رسمي للشركة، موقع ومؤرخ، أو إقرار ضريبي على الدخل تم تقديمه مؤخرًا.
مدفوعات الضمان الاجتماعي	\$	نسخة من وثيقة أو شهادة المنحة، أو مراسلة من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية، أو خطاب استحقاق سنوي. لطلب نسخة من وثيقة استحقاق الضمان الاجتماعي الخاص بك، اتصل على الرقم ١-٨٠٠-٧٧٢-١٢١٣ أو قم بزيارة www.ssa.gov .
تعويض البطالة	\$	نسخة من وثيقة أو شهادة المنحة، أو بيان الاستحقاق الشهري من وزارة العمل في ولاية نيويورك، أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع نسخة مطبوعة، أو مراسلة من وزارة العمل في ولاية نيويورك، أو نسخة مطبوعة لمعلومات حساب المستفيد من الموقع الإلكتروني الخاص بوزارة العمل في ولاية نيويورك (www.labor.state.ny.us).
المساعدات المالية المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة	\$	نسخة من وثيقة أو شهادة المنحة، أو مراسلة من إدارة الضمان الاجتماعي، أو نسخة من خطاب الاستحقاق السنوي. لطلب نسخة من خطاب الاستفادة الخاص بك، اتصل على الرقم ١-٨٠٠-٧٧٢-١٢١٣ أو قم بزيارة www.ssa.gov .
تعويضات العمال	\$	نسخة من وثيقة المنحة أو إيصال الشيك.
نفقة الزوجة/إعانة الطفل	\$	نسخة من أمر المحكمة، أو الشيكات/الإيصالات النقدية لثلاثة أشهر.
الأرباح/الفوائد	\$	كشوفات أرباح ربع سنوية أو كشوفات شهرية.
مصادر أخرى	\$	خطاب يوضح مبلغ المكاسب غير المرتبطة بالاجور (إن وجدت)، مثل دخل الإيجار، والنقد مقابل الأعمال المتفرقة، وما إلى ذلك.
لا يوجد دخل	\$0	بيان موقع بعدم وجود دخل.



Department
of Health

HELEN HAYES
HOSPITAL

51-55 North Route 9W, West Haverstraw, NY 10993

إعلان الرعاية الخيرية/المساعدة المالية

أنا _____ (المريض/الضامن) أقرّ بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة حسب علمي. وإذا ثبت أن أي معلومات مقدّمة في هذا الطلب خاطئة، أفهم أن المستشفى قد يعيد تقييم حالتي المالية ويتخذ الإجراء المناسب لتصحيح الوضع.

سأقدم طلبًا للحصول على أي مساعدة متاحة (مثل Medicaid، Medicare، Child Health Plus، Family Health Plus، إلخ) التي قد تكون متاحة لتغطية رسوم المستشفى الخاصة بي، وسأأخذ أي إجراء منطقي ضروري للحصول على هذه المساعدة.

وأفهم أيضًا أن هذا الطلب صالح لمدة عام واحد، من _____ حتى _____. ومع ذلك، إذا طرأت أي تغييرات في تكوين أسرتي أو في المعلومات المالية خلال هذه الفترة، سأقوم بإبلاغ قسم الخدمات المالية للمرضى.

أعطي إذني لمستشفى هيلين هايز بالكشف عن هذه المعلومات لأي وكالة فيدرالية أو حكومية مسؤولة عن تحديد مدى امتثال البرنامج.

توقيع المريض/الضامن: _____

التاريخ: _____