

Ujednolicony wniosek o pomoc finansową związaną z pobytem w szpitalu w stanie Nowy Jork

Mogą Państwo kwalifikować się do pomocy finansowej związanej z pobytem w szpitalu w celu opłacenia rachunków, jeśli nie są Państwo ubezpieczeni, jeśli możliwości wykorzystania Państwa ubezpieczenia zostały wyczerpane lub jeśli mają Państwo ubezpieczenie zdrowotne, ale posiadają Państwo dokumenty poświadczające opłacenie wydatków medycznych przekraczających Państwa dochód o 10%. Wypełnienie tego formularza rozpocznie procedurę ubiegania się o pomoc finansową związaną z pobytem w szpitalu. Formularz wykorzystywany jest przez wszystkie szpitale w stanie Nowy Jork.

Niniejszy wniosek musi zostać wydrukowany w głównych¹ językach, którymi posługują się pacjenci objęci opieką w szpitalu.

Imię i nazwisko pacjenta (uzupełnić odpowiednie informacje)

Imię i nazwisko pacjenta (Imię, drugie imię, nazwisko)		
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr):		
Adres	Nr mieszkania/bud.	
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy (Zip)
Nr telefonu kontaktowego		
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna lub przedstawiciela ustawowego (jeśli pacjentem jest małoletnie dziecko lub ubezwłasnowolniona osoba dorosła)		
Adres e-mail (jeśli jest)		

Informacje o rodzinie:

Poniżej należy wymienić wszystkich członków rodziny należących do gospodarstwa domowego. Gospodarstwo domowe obejmuje osobę wypełniającą formularz, współmałżonka lub partnera oraz dzieci lub inne osoby pozostające na Państwa utrzymaniu. Obejmuje to na przykład wszystkie osoby wymienione w tym samym zeznaniu podatkowym.

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

Dochód brutto może obejmować zarobki z tytułu pracy (pensja, inne wynagrodzenie, napiwki, zarobki uzyskane w jednoosobowej działalności gospodarczej), dochody niebędące zarobkami (ubezpieczenia społeczne, renty inwalidzkie i zasiłki dla bezrobotnych), datki (fundusze uzyskane od rodziny lub przyjaciół) oraz inne źródła dochodu (pomoc tymczasowa i dodatkowy dochód z zabezpieczenia).

Imię i nazwisko	Relacja	Całkowity dochód brutto (bieżący)
	Ja	

¹ „Główne języki” obejmują każdy język używany w przypadku min. 5% odwiedzin pacjentów w skali roku lub dowolny język używany przez więcej niż 1% osób w szpitalu wg. wyliczenia opartego na danych demograficznych Biura Spisu Ludności USA oraz danych pochodzących z systemów szkolnych.

Szpital może zażądać przedstawienia dokumentacji potwierdzającej wysokość dochodu; przykładowa dokumentacja może obejmować odcinek wypłaty, pismo od pracodawcy (jeśli dotyczy) lub formularz 1040.

Status ubezpieczenia zdrowotnego

Czy posiadają Państwo jakąkolwiek formę ubezpieczenia zdrowotnego, np. Medicaid, Medicare lub prywatne ubezpieczenie wykupione przez pracodawcę lub samodzielnie? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli odpowiedzieli Państwo „Nie”, czy chcieliby Państwo uzyskać pomoc w ubieganiu się o uczestnictwo w którymkolwiek z tych programów?

☐ Tak ☐ Nie

Niedostatecznie ubezpieczeni pacjenci: osoby posiadające ubezpieczenie i ponoszące wysokie koszty leczenia. Jeśli posiadają Państwo ubezpieczenie, prosimy podać szacunkowe rachunki medyczne opłacone w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

USD

Szpital może zażądać przedstawienia dokumentacji potwierdzającej poniesione koszty leczenia.

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

Przyjmuję do wiadomości, że podane przeze mnie informacje mogą podlegać weryfikacji przez źródła zewnętrzne. Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą podane informacje są prawdziwe i kompletne.

Imię i nazwisko, drukowanymi literami	Data
Charakter relacji z pacjentem	
Podpis	

Zasady i wytyczne dotyczące uprawnień

Harmonogram składania wniosków, prawa pacjenta i poufność

- O pomoc finansową można ubiegać się w dowolnym momencie procesu pobierania płatności.
- Nie muszą Państwo dokonywać żadnych płatności na rzecz tego szpitala, dopóki nie otrzymają Państwo decyzji w sprawie wniosku o pomoc finansową. Szpitale nie mogą przekazywać rozliczeń w celu pobrania płatności w sytuacji, kiedy wniosek jest rozpatrywany.
- Jeśli odmówiono Państwu pomocy finansowej, mają Państwo prawo do odwołania. Informacje o tym, jak to zrobić, zostaną zawarte w zawiadomieniu otrzymanym od szpitala. Mają Państwo prawo do odwołania się od kwoty pomocy finansowej. Informacje o sposobie złożenia odwołania zostaną przekazane przez szpital w piśmie z decyzją.
- Szpitale nie mogą wysyłać nieopłaconych rachunków do agencji windykacyjnej przez co najmniej 180 dni od wystawienia pierwszego rachunku.
- Szpitale nie mogą podejmować działań prawnych, m.in. składać pozwów sądowych, w celu odzyskania niezapłaconych rachunków medycznych dla pacjentów o dochodzie poniżej 400% federalnie ustanowionego poziomu ubóstwa. Wytyczne dotyczące ustalania poziomu ubóstwa można znaleźć tutaj: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Wszelkie informacje podane w niniejszym wniosku zostaną wykorzystane przez szpital wyłącznie w celu określenia uprawnień do pomocy finansowej i pozostaną poufne w zakresie dozwolonym przez prawo.
- Szpital nie może odmówić świadczenia niezbędnych usług medycznych z powodu nieuregulowanego rachunku medycznego.
- Jeśli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu tego wniosku, prosimy skontaktować się z **Wydziałem Usług Finansowych dla Pacjentów Helen Hayes Hospital pod numerem 845-786-4786.**
- Jeśli potrzebują Państwo dodatkowej pomocy przy składaniu wniosku lub pomocy w odwołaniu się od decyzji, mogą Państwo skontaktować się z organizacją Community Health Advocates: 888-614-5400.

Kryteria dotyczące ustalania uprawnień

Żadne czynniki nie ograniczają możliwości szpitala w zakresie ustalania uprawnień pacjentów do zniżek w płatnościach w przypadkach poziomów dochodów wyższych niż określone poniżej i/lub do zapewniania kwalifikującym się pacjentom większych zniżek w płatnościach niż wymagane przez ustawę o zdrowiu publicznym (Public Health Law). Status imigracyjny nie stanowi kryterium branego pod uwagę w celu określenia możliwości pomocy finansowej.

Do uzyskania pomocy finansowej kwalifikują się następujące osoby:

- Osoby o niskich dochodach bez ubezpieczenia zdrowotnego; lub
- osoby niedostatecznie ubezpieczone (koszty leczenia poniesione z własnej kieszeni pacjenta w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy, które wynoszą ponad dziesięć procent rocznego dochodu brutto); lub
- osoby, które wyczerpały swoje świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego i które mogą udokumentować swoją niezdolność do uiszczenia pełnych opłat; lub
- według uznania szpitala – osoby, które są w stanie udokumentować swoją niemożność pokrycia kosztów na zasadzie współpłaty i/lub udziału własnego, mogą wnioskować o obniżenie kwoty wymaganej płatności.

Do pomocy finansowej kwalifikują się osoby o dochodzie do 400% poziomu ubóstwa określonego przez przepisy federalne.

Poziomy ubóstwa wg przepisów federalnych (FPL) na rok 2024 r.			
Wielkość gospodarstwa domowego	200%	300%	400%
1 Osoba	30,120 USD	45,180 USD	60,240 USD
2 Osoby	40,880 USD	61,320 USD	81,760 USD
3 Osoby	51,640 USD	77,460 USD	103,280 USD
4 Osoby	62,400 USD	93,600 USD	124,800 USD
5 Osób	73,160 USD	109,740 USD	146,320 USD
6 Osób	83,920 USD	125,880 USD	167,840 USD
7 Osób	94,680 USD	142,020 USD	189,360 USD

Coroczna aktualizacja: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Minimalne redukcje opłat

Jeśli kwalifikują się Państwo do otrzymania pomocy finansowej, Państwa opłaty zostaną obniżone w zależności od dochodu na podstawie ruchomej skali opłat w następujący sposób:

Poziom dochodów	Płatności
Poniżej 200% FPL	Zwolnienie ze wszystkich opłat
200% – 300% FPL	Nieubezpieczeni pacjenci: Skala ruchoma do 10% kwoty, która zostałaby zapłacona za usługę/usługi przez Medicaid. Niedostatecznie ubezpieczeni pacjenci: Maksymalnie do 10% kwoty, która zostałaby zapłacona zgodnie z udziałem w kosztach ubezpieczenia takiego pacjenta.
301% – 400% FPL	Nieubezpieczeni pacjenci: Skala ruchoma do 20% kwoty, która zostałaby zapłacona za usługę/usługi przez Medicaid. Niedostatecznie ubezpieczeni pacjenci: Maksymalnie do 20% kwoty, która zostałaby zapłacona zgodnie z udziałem w kosztach ubezpieczenia takiego pacjenta.

Szpitala mogą zdecydować o zastosowaniu większych zniżek dla spełniających kryteria kwalifikacyjne pacjentów i/lub zaoferować zniżki dla pacjentów o wyższym poziomie dochodów.

Możliwości płatności ratalnych

Możliwości płatności ratalnych dostępne są w przypadku pacjentów, którzy nie są w stanie opłacić jednorazowo obniżonej stawki. Płatności miesięczne nie mogą przekraczać 5% miesięcznego dochodu brutto, a stopa odsetek naliczanych pacjentowi od niespłaconego salda, jeśli takie istnieje, nie może przekraczać 2%.

Prośba o potwierdzenie dochodów gospodarstwa domowego

Prosimy o podanie informacji o dochodach danego pacjenta, jego współmałżonka i osób pozostających na jego utrzymaniu (np. dzieci). W obliczeniu dochodu gospodarstwa domowego można byłoby ująć wszystkie osoby uwzględnione w zeznaniu podatkowym (dotyczącym osoby składającej zeznanie podatkowe, jej współmałżonka i osób pozostających na jej utrzymaniu).

Poniżej znajduje się lista dokumentów, którymi mogą się Państwo posłużyć w celu udokumentowania swojego dochodu. Nie muszą Państwo dostarczać wszystkich tych dokumentów. Mogą Państwo również dostarczyć oświadczenie o braku dochodu gospodarstwa domowego, jeśli jest to zgodne ze stanem faktycznym.

Można również przedłożyć stronę dotyczącą określania uprawnień z NY State of Health Marketplace. Jeśli posiadają Państwo ten dokument, nie muszą Państwo dostarczać szpitalowi żadnych innych informacji o dochodach wymienionych poniżej.

<u>Jeśli gosp. domowe uzyskuje:</u>	<u>Kwota na mies.:</u>	<u>Wnioskodawca może dostarczyć:</u>
Wynagrodzenie	USD	Prosimy o dostarczenie jednego odcinka wypłaty lub pisma od pracodawcy na papierze firmowym, podpisanego i opatrzonego datą, lub ostatnio złożonego zeznania podatkowego.
Płatność z tytułu ubezpieczenia społecznego.	USD	Kopię listu/zaświadczenia o przyznaniu zasiłku lub korespondencję z Administracji Ubezpieczeń Społecznych Stanów Zjednoczonych lub coroczne pismo dotyczące zasiłku. Aby uzyskać egzemplarz pisma dotyczącego świadczeń (Social Security), należy skontaktować się telefonicznie z numerem 1-800-772-1213 lub wejść na stronę internetową www.ssa.gov .
Zasiłek dla bezrobotnych	USD	Kopię pisma/zaświadczenia o przyznaniu świadczenia lub miesięczne zestawienie świadczeń z Departamentu Pracy stanu Nowy Jork, lub kopię karty płatności bezpośrednich z wydrukiem, lub korespondencję 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).
Świadczenia z tytułu niepełnosprawności	USD	Kopię pisma/zaświadczenia o przyznaniu świadczenia lub korespondencję z zakładu ubezpieczeń społecznych (Social Security Administration) lub kopię pisma podsumowującego roczne świadczenia. Aby uzyskać kopię pisma podsumowującego świadczenia, należy skontaktować się telefonicznie z numerem 1-800-772-1213 lub wejść na stronę www.ssa.gov .
Świadczenia pracownicze	USD	Kopię pisma o przyznaniu płatności lub odcinek czeku.
Alimenty / zasiłki na dzieci	USD	Kopię nakazu sądowego lub 3-miesięczne zrealizowane czeki/pokwitowania płatności.
Dywidendy/odsetki	USD	Kwartalne lub miesięczne wyciągi dokumentujące dywidendy
Inne	USD	Pismo określające kwotę przychodów pozapłacowych (jeśli takie istnieją), takich jak dochód z wynajmu, zapłata za prace dorywcze itp.
Brak dochodu	0 USD	Podpisane oświadczenie o braku dochodów.



Department
of Health

HELEN HAYES
HOSPITAL

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

Deklaracja o opiece charytatywnej/pomocy finansowej

Ja (pacjent/poręczyciel) _____, zaświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jeśli jakiegolwiek informacje podane w niniejszym wniosku okażą się nieprawdziwe, przyjmuje do wiadomości, że szpital może ponownie ocenić mój status finansowy i podjąć odpowiednie działania w celu korekty podjętej decyzji.

Zobowiązuję się ubiegać się o wszelką dostępną pomoc (Medicaid, Medicare, Child Health Plus, Family Health Plus itp.) w celu pokrycia kosztów leczenia szpitalnego i podejmę wszelkie uzasadnione działania niezbędne do uzyskania takiej pomocy.

Przyjmuję również do wiadomości, że niniejszy wniosek jest ważny przez 1 rok, od _____ do _____. Jeśli nastąpią jakiegolwiek zmiany w składzie mojego gospodarstwa domowego lub sytuacji finansowej w okresie, którego dotyczy sprawa, zobowiązuję się zgłosić informacje na ten temat do Działu Usług Finansowych dla Pacjentów.

Wyrażam zgodę na ujawnienie tych informacji przez Helen Hayes Hospital dowolnej agencji federalnej lub stanowej odpowiedzialnej za określenie zgodności programu z przepisami.

Podpis pacjenta/poręczyciela: _____

Data: _____