

## **Единая заявка на оказание финансовой помощи для оплаты услуг больницы штата Нью-Йорк**

Вы можете иметь право на финансовую помощь для оплаты счетов в больнице, если у вас отсутствует страховка, если ваша страховка исчерпана или если у вас есть медицинская страховка, но имеется подтверждение оплаченных медицинских расходов на общую сумму более 10% от вашего дохода. Заполнив данную форму, вы инициируете процесс получения финансовой помощи в больнице. Данной формой пользуются все больницы штата Нью-Йорк.

*Данную заявку следует распечатать на основном<sup>1</sup> языке, которым владеют пациенты, обслуживаемые в больнице.*

### **Имя пациента (заполните всю необходимую информацию)**

|                                                                                                                          |                  |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|
| Имя пациента (ФИО)                                                                                                       |                  |        |
| Дата рождения (дд/мм/гггг)                                                                                               |                  |        |
| Адрес                                                                                                                    | № квартиры/ дома |        |
| Город                                                                                                                    | Штат             | Индекс |
| Контактный номер телефона                                                                                                |                  |        |
| Имя родителя/опекуна или законного представителя (если пациент - несовершеннолетний ребенок или недееспособный взрослый) |                  |        |
| Адрес электронной почты (если имеется)                                                                                   |                  |        |

### **Информация о семье:**

Перечислите всех членов семьи, проживающих в вашем доме. Ваша семья - это вы, ваш супруг(а) или партнер, а также любые дети или другие лица, находящиеся на иждивении. Например, это относится к лицам, включенным в одну налоговую декларацию.

Валовой доход - это ваш доход **до** вычета налогов.

Валовой доход может включать оплату труда (заработная плата, оклады по найму, чаевые, доходы от самозанятости), нетрудовой доход (социальное обеспечение, пособия по инвалидности и безработице), пожертвования (средства семьи или друзей) и другие виды дохода (временная помощь и дополнительный доход по социальному обеспечению).

| ФИО | Отношение | Общий валовой доход (текущий) |
|-----|-----------|-------------------------------|
|     | Субъект   |                               |
|     |           |                               |
|     |           |                               |
|     |           |                               |
|     |           |                               |

<sup>1</sup> "Основной язык" - это любой язык, которым пользуются для общения в минимально 5% случаев во время визитов пациентов в год, или любой язык, которым владеют более 1% населения, пользующегося услугами больницы в районе, согласно подсчету с учетом информации демографического характера, полученной от Управления демографической статистики Соединенных Штатов, и информации, полученной от школ.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Больница может попросить вас предоставить документы, подтверждающие доход; в качестве примера, можно предоставить справку о зарплате, письмо от работодателя, если это необходимо, или форму 1040.

### Статус медицинского страхования

Имеется ли у вас какое-либо медицинское страхование, включая Medicaid, Medicare или частное страхование, оформленное через вашего работодателя или приобретенное вами самостоятельно? ☐ Да ☐ Нет

Если ваш ответ "Нет", хотите ли вы получить помощь в подаче заявки на участие в какой-либо из этих программ?

☐ Да ☐ Нет

**Пациенты со страхованием на малую сумму: лица, у которых имеется страхование и высокие медицинские расходы.** Если у вас есть страхование, укажите примерную сумму

\$

счетов за медицинские услуги, которые вы оплатили за последние 12 месяцев.

В больнице вас могут попросить предоставить документы, подтверждающие оплаченные медицинские расходы.

**Пациент/ответственная сторона: Если это не пациент, укажите имя лица, который подписывает форму, и его право указывать подпись от имени пациента (например, супруг, родитель, законный представитель).**

Я понимаю, что предоставленная мной информация может подлежать проверке из внешних источников. Я подтверждаю, что данная информация является достоверной и полной в меру моей осведомленности.

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Имя печатными буквами | Дата |
| Отношение к пациенту  |      |
| Подпись               |      |

# Минимальные требования и руководящие принципы

## Сроки подачи заявок, права пациента и конфиденциальность

- Вы можете обратиться за финансовой помощью в любой момент в процессе сбора данных.
- Вам не нужно вносить никаких платежей в больницу до тех пор, пока вы не получите решение по вашей заявке на получение финансовой помощи. Больницы не могут передавать счета на взыскание, пока ваша заявка находится на рассмотрении.
- Если вам отказали в финансовой помощи, вы вправе подать на апелляцию. Информация о том, как это сделать, будет указана в уведомлении от больницы, которое вы получите. У вас есть право обжаловать размер финансовой помощи. В письме о принятом решении больница укажет информацию о том, как подать апелляцию.
- Больницы не могут направлять неоплаченные счета в агентство по сбору платежей в течение минимально 180 дней после первого счета.
- Больницам запрещено предпринимать меры юридического характера, включая подачу судебных исков, для взыскания неоплаченных медицинских счетов с пациентов, уровень бедности которых ниже 400% от федерального прожиточного минимума. Данные о прожиточном минимуме представлены по адресу: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Любая информация, предоставленная в данной заявке, будет использована больницей только для определения вашего права на получение финансовой помощи и останется конфиденциальной в той мере, в какой это допустимо законом.
- Больница не может отказать вам в необходимых медицинских услугах из-за того, что у вас не оплачен счет за лечение.
- Если вам необходима помощь в заполнении заявления, просим связаться с сотрудниками больницы "Helen Hayes" из **Отдела финансовых услуг для пациентов по телефону 845-786-4786.**
- Если вам нужна дополнительная помощь в подготовке данной заявки или помощь в обжаловании решения, вы можете обратиться к организации "Community Health Advocates" по номеру 888-614-5400.

## Право

Ничто не ограничивает возможности больницы устанавливать право пациентов на получение скидок при доходах, превышающих указанные ниже, и/или предоставлять пациентам, имеющим на это право, более высокие скидки при оплате, чем те, которые требуются в соответствии с законодательством об общественном здравоохранении. Кроме того, иммиграционный статус не должен являться критерием приемлемости для целей определения финансовой помощи.

Правом на получение помощи обладают следующие лица:

- Лица с низкими доходами, не имеющие медицинского страхования; или
- лица, имеющие страхование на малую сумму (расходы на медицинское обслуживание, накопленные за последние двенадцать месяцев, составляют более десяти процентов от валового годового дохода такого лица); или
- лица, которые исчерпали свои льготы по медицинскому страхованию и которые могут доказать неспособность оплатить расходы в полном объеме; или
- по усмотрению больницы лица, которые могут доказать неспособность внести дополнительную оплату и/или вычет, могут запросить снижения суммы платежа или скидку.

На финансовую помощь могут претендовать лица, уровень бедности которых ниже 400% от федерального прожиточного минимума.

| Федеральный прожиточный минимум (2024 год) |          |           |           |
|--------------------------------------------|----------|-----------|-----------|
| Размер семейного владения                  | 200%     | 300%      | 400%      |
| 1 человек                                  | \$30,120 | \$45,180  | \$60,240  |
| 2 человека                                 | \$40,880 | \$61,320  | \$81,760  |
| 3 человека                                 | \$51,640 | \$77,460  | \$103,280 |
| 4 человека                                 | \$62,400 | \$93,600  | \$124,800 |
| 5 человек                                  | \$73,160 | \$109,740 | \$146,320 |
| 6 человек                                  | \$83,920 | \$125,880 | \$167,840 |
| 7 человек                                  | \$94,680 | \$142,020 | \$189,360 |

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

**Минимальные ставки дисконтирования**

Если вы имеете право на финансовую помощь, стоимость услуг будет снижена в соответствии с вашим доходом по скользящей шкале оплаты, как показано ниже:

| Уровень дохода  | Платеж                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ФПМ ниже 200%   | Отказ от всех взысканий                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ФПМ 200% - 300% | Пациенты, не имеющие страхования: Скользящая шкала до 10% от суммы, которая была бы оплачена за услугу(и) по программе Medicaid.<br><br>Пациенты со страхованием на малую сумму: Не более 10% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с распределением расходов по страховке такого пациента. |
| ФПМ 301% - 400% | Пациенты, не имеющие страхования: Скользящая шкала до 20% от суммы, которая была бы оплачена за услугу(и) по программе Medicaid.<br><br>Пациенты со страхованием на малую сумму: Не более 20% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с распределением расходов по страховке такого пациента. |

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

**Планы оплаты в рассрочку**

Пациентам, которые не могут единовременно оплатить сумму по льготному тарифу, доступны планы оплаты в рассрочку. Ежемесячные платежи не могут превышать 5% от вашего валового ежемесячного дохода, а процентная ставка, начисляемая пациенту на неоплаченный остаток, если таковой имеется, не должна превышать 2%.

## Запрос на подтверждение дохода семьи

Укажите сведения о доходах пациента, его супруги (супруга) и всех членов семьи, находящихся на иждивении (например, детей). Например, при расчете дохода семьи учитываются все, кто включен в одну налоговую декларацию (налогоплательщик, супруг/супруга и 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 дохода в семье, если у вас нет дохода.

Вы также можете предоставить данные со страницы подтверждения вашего Права с веб-сайта NY State of Health Marketplace. Если у вас есть этот документ, вам не нужно предоставлять больнице другую информацию о доходах, которая перечислена ниже.

| <b><u>Если в семье получают:</u></b>    | <b><u>Сумма в месяц:</u></b> | <b><u>Заявитель может предоставить:</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Заработную плату                        | \$                           | Просим предоставить один чек на заработную плату или письмо от работодателя на фирменном бланке компании, с подписью и датой, или последнюю поданную налоговую декларацию о доходах.                                                                                                                                                                                                                     |
| Выплаты по социальному страхованию      | \$                           | Копия письма/сертификата о присуждении или переписка с Администрацией социального обеспечения США, или письмо о выплате ежегодного пособия. Чтобы получить копию письма о выплате пособия по социальному страхованию, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите веб-сайт <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .                                                                          |
| Пособие по безработице                  | \$                           | Копия письма/сертификата о присуждении или выписка о получении ежемесячного пособия из Департамента труда штата Нью-Йорк, или копия карты непосредственных выплат с распечаткой, или корреспонденция из Департамента труда штата Нью-Йорк, либо распечатка информации о счете получателя с сайта Департамента труда штата Нью-Йорк ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ). |
| Выплаты по нетрудоспособности           | \$                           | Копия письма/сертификата о присуждении или переписка с Администрацией социального обеспечения, или копия письма о выплате ежегодного пособия. Чтобы запросить копию письма о получении вами пособия, позвоните по номеру 1-800-772-1213 или посетите веб-сайт по адресу <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .                                                                                   |
| Компенсацию работникам                  | \$                           | Копия письма о присуждении или корешок чека.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Алименты/Средства на содержание ребенка | \$                           | Копия судебного приказа или чеки/квитанции за 3 месяца.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Дивиденды/Проценты                      | \$                           | Квартальные отчеты о дивидендах или отчеты за 1 месяц.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Прочее                                  | \$                           | Письмо с указанием суммы доходов, не являющихся заработной платой (если таковые имеются), таких как доход от аренды, средства за подработки и т. д.                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Доход отсутствует                       | \$0                          | Подписанное заявление об отсутствии доходов.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |



## Заявление о благотворительной/ финансовой помощи

---

Я (пациент/гарант)\_\_\_\_\_ подтверждаю, что информация, предоставленная в настоящей заявке, является достоверной и точной, в меру моей осведомленности. Я осознаю, что, если какая-либо информация, указанная в настоящей заявке, окажется ложной, больница может провести повторную оценку моего финансового положения и принять соответствующие меры для исправления ситуации.

Я подаю заявление на получение любой доступной помощи (Medicaid, Medicare, Child Health Plus, Family Health Plus и т. д.), которая может быть предоставлена для оплаты больничных расходов, и предприму все разумные действия, необходимые для получения такой помощи.

Я также понимаю, что настоящая заявка действительна в течение 1 года, начиная с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_. Однако если в течение этого периода произойдут какие-либо изменения в составе моей семьи или в финансовой информации, я сообщу об этом в Отдел оказания финансовых услуг пациентам.

Я даю разрешение больнице "Helen Hayes" раскрывать данную информацию любому федеральному или государственному агентству, ответственному за определение соответствия программе.

Подпись пациента/гаранта: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_