

纽约州统一医院财务援助申请表

如果您没有保险，或者您的保险额度已经用尽，或者您有健康保险但有证据证明您支付的医疗费用总额超过您收入的 **10%**，您可能将有资格获得医院财务援助以支付您的账单。填写本表格即可开始申请医院财务援助。纽约州的所有医院均使用本表格。

本申请表必须以医院所服务患者所使用的主要语言¹打印。

患者姓名（填写适用的信息）

患者姓名（名字、中间名、姓氏）		
出生日期（年/月/日）		
地址	公寓/单元号码	
城市	州	邮编
联系电话		
父母/监护人或合法代表姓名（如果患者是未成年儿童或无行为能力的成年人）		
电子邮件地址（如有）		

家庭信息：

请在下面填写您的所有家庭成员。您的家庭成员包括您本人、您的配偶或同居伴侣以及任何子女或其他受抚养人。例如，这将包括同一报税表中列出的所有人。

总收入是指扣税之前的收入。

总收入可包括工作收入（工资、薪金、小费、自营职业收入）、非工作收入（社会保障、残疾和失业救济金）、捐款（家人或朋友提供的资金）以及其他收入来源（临时援助和补充保障收入）。

全名	关系	总收入（当前）
	本人	

¹ “主要语言” 包括每年至少有 **5%** 的患者就诊时使用的任何交流语言，或根据美国人口普查局提供的人口统计信息并辅以学校系统提供的数据计算得出的主要医院服务区 **1%** 以上人口使用的任何语言。

医院可能会要求您提交收入证明文件，例如工资单、雇主信函（如适用）或 1040 表格。

健康保险状况

您是否有任何形式的健康保险，包括医疗补助、医疗保险或雇主、自己购买的任何私人保险？

☐ 是 ☐ 否

如果您回答“否”，您是否需要帮助申请这些计划？

☐ 是 ☐ 否

保险不足的患者：有保险但医疗费用过高的人士。如果您有保险，请提供您在过去 12 个月中支付的医疗费用估计数额。

\$

医院可能要求您提交已支付医疗费用的证明文件。

患者/责任方：如果您不是患者本人，请填写签署表格者的姓名及其代表患者签署的权力（如配偶、父母、法定代表）。

我了解我提交的信息可能需经过外部来源核实。我在此证明，据我所知，本表格中的信息真实、完整。

正楷体姓名	日期
与患者的关系	
签名	

最低资格要求及指南

申请时间表、患者权利及保密性

- 您可以在付款过程的任何时候申请财务援助。
- 在您收到财务援助申请决定之前，您无需向该医院支付任何费用。在您的申请表审批期间，医院不会将您的账单提交至收款机构。
- 如果您的财务援助申请被拒绝，您有权提出上诉。您收到的医院通知中将包含如何上诉的信息。您有权对财务援助金额提出上诉。医院将在决定书中提供有关如何上诉的信息。
- 在第一张账单发出后至少 180 天内，医院不会将未付账单送交收款机构。
- 医院不得采取法律行动（包括提起诉讼）追讨收入未超过联邦贫困线 400% 患者的未付医账单。贫困线标准请参见以下网址：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 本申请表中提供的任何信息仅供医院用于确定您是否有资格获得财务援助，并将在法律允许的范围内予以保密。
- 医院不能因为您的医疗账单未结清而拒绝为您提供医疗上必需的服务。
- 如果您在填写本申请表时需要帮助，请联系 Helen Hayes Hospital 医院的患者财务服务部，电话：845-786-4786。
- 如果您在申请过程中需要更多帮助或需要对决定提出上诉，您可以联系社区健康工作者：888-614-5400

资格要求

没有任何规定限制医院为收入高于以下水平的患者确定付款折扣资格，以及/或为符合资格的患者提供高于美国《公共卫生法》规定的付款折扣。此外，移民身份不得作为确定财务援助的资格标准。

以下人士符合资格：

- 没有健康保险的低收入人士；或
- 保险金额不足的人士（在过去十二个月内累计的自付医疗费用超过该人士年总收入的百分之十）；或
- 健康保险金额已用尽并可证明无力支付全额费用的人士；或
- 由医院酌情决定，能证明无力支付共付额和/或自付额的人士可申请付款减免或折扣。

收入不超过联邦贫困线的 400% 的人士有资格获得财务援助。

联邦贫困线（2024 年）			
家庭规模	200%	300%	400%
1 人	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 人	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 人	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 人	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 人	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 人	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 人	\$94,680	\$142,020	\$189,360

每年更新一次：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

最低折扣率

如果您有资格获得财务援助，您的费用将根据您的收入按照浮动收费标准减免，具体如下：

收入水平	费用
低于联邦贫困线 200%	免除所有费用
联邦贫困线 200% - 300%	没有保险的患者：浮动比例，最高为医疗补助计划应支付服务金额的 10%。 保险金额不足的患者：最高不超过根据该患者的保险费用分担应支付金额的 10%。
联邦贫困线 301% - 400%	没有保险的患者：浮动比例，最高为医疗补助计划应支付服务金额的 20%。 保险金额不足的患者：最高不超过根据该患者的保险费用分担应支付金额的 20%。

医院可选择为符合资格的患者提供更多折扣，和/或为收入水平较高的患者提供付款折扣。

分期付款计划

无法一次性支付减免后费用的患者可选择分期付款计划。月付款不得超过您月总收入的 5%，向患者收取的未付余额（如有）的利率不得超过 2%。

提供家庭收入证明

请提供患者及其配偶和任何受抚养人（如子女）的收入信息。例如，在计算家庭收入时，将包括同一报税表上的所有人（报税人、配偶和纳税受抚养人）。

以下是您可以用来证明收入的文件清单。您无需提供所有这些文件。如果您没有收入，也可以提供无家庭收入声明。

您也可以提供纽约州健康市场（**NY State of Health Marketplace**）的资格确定页面。如果您有此文件，则无需向医院提供以下任何其他收入信息。

<u>如果家庭收到：</u>	<u>每月金额：</u>	<u>申请人可提供：</u>
工资	\$	请提供一份工资单存根，或由雇主出具的带有公司信笺抬头、签名并注明日期的信函，或最近提交的所得税申报表。
社会保障金	\$	准予函/证书副本，或美国社会保障局的信函，或年度福利函。如需索取社会保障福利函副本，请致电 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov 。
失业补偿金	\$	准予函/证书副本，或纽约州劳工部的每月福利报表，或直接付款卡副本及打印件，或纽约州劳工部的信函，或纽约州劳工部网站 (www.labor.state.ny.us) 上的领取者账户信息打印件。
残疾津贴	\$	准予函/证书副本，或社会保障局的信函，或年度福利函副本。如需索取福利函副本，请致电 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov 。
工人赔偿	\$	准予函或支票存根副本。
赡养费/子女抚养费	\$	法院命令或 3 个月的兑现支票/收据副本。
股息/利息	\$	季度股息报表或 1 个月报表。
其他	\$	说明非工资收入金额（如有）的信函，如租金收入、零工现金收入等。
无收入	\$0	附有签名的无收入声明。



Department
of Health

HELEN HAYES
HOSPITAL

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

慈善医疗/财务援助声明

本人（患者/担保人）_____证明，据我所知，本申请表中所提供的信息真实、正确。如果本申请表中所提供的任何信息被证实为虚假信息，我知晓医院可能将重新评估我的财务状况，并采取适当措施以纠正裁定状态。

我将申请任何可用于支付我医院费用的援助（医疗补助、医疗保险、儿童健康计划、家庭健康计划等），并将采取任何必要的合理行为以获得上述援助。

我也知晓，本申请表的有效期为 1 年，日期自 _____至 _____。如果在此期间我的家庭成员构成或财务信息发生任何变化，我将向患者财务服务部报告。

我允许 Helen Hayes Hospital 医院向任何负责确定计划合规性的联邦或州机构披露此信息。

患者/担保人签名：_____

日期：_____