

NYS کی ہسپتال کی یکساں مالی اعانت کی درخواست

آپ اپنے بلوں کی ادائیگی کے لیے اس صورت میں ہسپتال کی مالی اعانت کے اہل ہو سکتے ہیں کہ جب آپ غیر بیمہ شدہ ہوں، آپ بیمہ کوریج کی حد تک اخراجات کر چکے ہوں، یا اگر آپ کے پاس بیمہ صحت ہے تاہم آپ کے پاس اپنی آمدنی کے 10% سے زائد رقم کی طبی اخراجات کے طور پر ادائیگی کا ثبوت موجود ہے۔ اس فارم کو مکمل کرنے سے ہسپتال کی مالی اعانت کے لیے آپ کی درخواست کا آغاز ہو جائے گا۔ یہ فارم ریاست نیو یارک کے تمام ہسپتالوں کی جانب سے استعمال کیا جاتا ہے۔

اس درخواست کو ان مریضوں کی جانب سے بولی جانے والی بنیادی¹ زبانوں میں شائع کیا جانا چاہیے، جن کو ہسپتال خدمات فراہم کرتا ہے۔

مریض کا نام (قابل اطلاق معلومات مکمل کریں)

مریض کا نام (پہلا، درمیانی، آخری)	
تاریخ پیدائش (مہینہ/دن/سال)	
پتہ	اپارٹمنٹ/یونٹ نمبر
شہر	ریاست
رابطہ فون نمبر	
والدین/سرپرست یا قانونی نمائندے کا نام (اگر مریض ایک نابالغ بچہ ہو یا نااہل بالغ فرد ہو)	
ای میل ایڈریس (اگر کوئی ہے)	

خاندان کی معلومات:

براہ کرم ذیل میں اپنے گھرانے کے تمام افراد اندراج فہرست کریں۔ آپ کے گھرانے میں آپ خود، آپ کا جیون ساتھی یا گھریلو ساتھی، اور کوئی بھی بچے یا دیگر زیر کفالت افراد شامل ہیں۔ مثال کے طور پر، اس میں ایک ٹیکس ریٹرن میں فہرست شدہ تمام افراد شامل ہوں گے۔

مجموعی آمدنی سے مراد ٹیکس کی کٹوتی سے قبل آپ کی آمدنی ہے۔

مجموعی آمدنی کام کی کمائیوں (اجرتیں، تنخواہیں، بخششیں، ذاتی روزگار کی کمائیاں)، غیر کمائی گئی آمدنی (سوشل سیکیورٹی، معذوری اور بیروزگاری کی مراعات)، اعانتوں (خاندان و احباب کی جانب سے عطیات)، اور دیگر ذرائع آمدن (عارضی اعانت اور سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم) پر مشتمل ہو سکتی ہے۔

مکمل نام	رشتہ	کل مجموعی آمدنی (موجودہ)
	بذات خود	

¹پرائمری زبانوں میں ایسی کوئی بھی زبانیں شامل ہوتی ہیں جو فی سال وزٹ کرنے والے 5% مریض بولنے کے لیے استعمال کرتے ہوں، یا کوئی ایسی زبان جیسے ہسپتال کے بنیادی خدمتی ایریا کی آبادی کا 1% سے زیادہ حصہ بولتا ہو، یہ حساب ریاستی بیورو برائے مردم شماری کی جانب سے آبادیات سے متعلق دستیاب معلومات کا استعمال کرتے ہوئے، نیز اسکول سسٹمز کی جانب سے ڈیٹا کی مدد سے لگایا جاتا ہے۔

ہسپتال آپ سے آمدنی کے ثبوت کے طور پر دستاویزات جمع کروانے کی درخواست کر سکتا ہے؛ ان دستاویزات کی مثالوں میں تنخواہ کی رسید، اگر قابل اطلاق ہو تو آپ کے آجر کی جانب سے ایک خط، یا فارم 1040 وغیرہ شامل ہو سکتے ہیں۔

بیمہ صحت کا اسٹیٹس

کیا آپ کے پاس کسی قسم کا بیمہ صحت ہے، بشمول Medicare، Medicaid، یا اپنے آجر کے ذریعے نجی بیمہ یا خود خریدا گیا ہو؟
 جی ہاں جی نہیں

جواب "نہیں" ہونے کی صورت میں کیا آپ ان میں سے کسی پروگرامز کے لیے درخواست دینے میں مدد چاہتے ہیں؟

جی ہاں جی نہیں

ناکافی بیمہ یافتہ مریض: بیمہ اور زائد طبی اخراجات کے حامل افراد۔ اگر آپ کے پاس بیمہ ہے، تو براہ کرم گزشتہ 12 مہینوں میں ادا کیے گئے طبی بلز کا ایک تخمینہ مہیا کریں۔

\$

ہسپتال آپ سے ادا شدہ طبی اخراجات کے ثبوت کے طور پر دستاویزات جمع کروانے کی درخواست کر سکتا ہے۔

مریض/ذمہ دار فریق: اگر مریض نہیں ہیں، تو فارم پر دستخط کرنے والے فرد کا نام اور مریض کی جانب سے دستخط کرنے کا مختار نامہ درج کریں (مثلاً، شریک حیات، والدین، قانونی نمائندہ)۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ جو معلومات میں نے جمع کروائی ہیں وہ بیرونی ذرائع سے توثیق سے مشروط ہو سکتی ہیں۔ میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہ معلومات درست ہیں اور میرے بہترین علم کے مطابق مکمل کی گئی ہیں۔

تاریخ	جلی حروف میں نام درج کریں
	مریض سے رشتہ
	دستخط

کم سے کم اہلیت اور رہنما خطوط

درخواست کے اوقات کار، مریض کے حقوق، اور رازداری

- آپ جمع کاری کے عمل کے دوران کسی بھی مرحلے پر مالی اعانت کے لیے درخواست دے سکتے ہیں۔
- مالی اعانت کے لیے آپ کی درخواست پر جب تک کوئی فیصلہ نہیں ہو جاتا اس وقت تک آپ کو اس ہسپتال کو کوئی ادائیگی نہیں کرنا ہوگی۔ جس دوران آپ کی درخواست زیرالتواء ہے، ہسپتال جمع کاری کے لیے اکاؤنٹ فارورڈ نہیں کر سکتے۔
- اگر آپ کو مالی اعانت سے انکار کر دیا گیا ہے، تو آپ کے پاس اپیل کرنے کا حق ہے۔ اس کے طریقہ کار کے بارے میں معلومات ہسپتال کی جانب سے موصول ہونے والے نوٹس میں شامل ہوں گی۔ آپ کے پاس اپنی مالی اعانت کی رقم پر اپیل کرنے کا حق ہو سکتا ہے۔ ہسپتال اپیل کرنے کے طریقہ کار کے بارے میں معلومات اپنے فیصلے کے خط میں شامل کریں گے۔
- ہسپتال آپ کے پہلے بل کے بعد کم از کم 180 دن تک جمع کار ایجنسی کو غیر ادا شدہ بلز ارسال نہیں کر سکتے۔
- ہسپتالوں کے لیے وفاقی افلاس کی سطح سے %400 سے کم آمدنی کے حامل مریضوں کے غیر ادا شدہ بلوں کی رقم وصول کرنے کے لیے مقدمہ دائر کرنے سمیت کوئی قانونی کارروائی کرنے کی ممانعت ہے۔ رہنما خطوط برائے افلاس یہاں سے معلوم کیے جا سکتے ہیں: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economicmobility/poverty-guidelines>
- اس درخواست میں مہیا کردہ کوئی بھی معلومات ہسپتال کی جانب سے صرف مالی اعانت کی خاطر آپ کی اہلیت کے تعین کے لیے استعمال ہوں گی اور قانون کی جانب سے اجازت یافتہ حد کے مطابق رازداری میں رکھی جائیں گی۔
- اگر آپ کا کوئی غیر ادا شدہ طبی بل ہے تو ہسپتال اس کی بنیاد پر آپ کو طبی طور پر ضروری خدمات کی فراہمی سے انکار نہیں کر سکتا۔
- اگر آپ کو اس درخواست سے متعلق کوئی مدد چاہیئے، تو براہ کرم ہیلن پیز ہسپتال کے شعبہ مالی خدمات برائے مریض سے 845-786-4786 پر رابطہ کریں۔
- اگر آپ کو اس درخواست سے متعلق مزید مدد چاہیئے، یا فیصلے پر اپیل کرنے میں مدد چاہیئے، تو آپ کمیونٹی ہیلتھ ایڈوکیٹس سے رابطہ کر سکتے ہیں: 888-614-5400

اہلیت

ہسپتال کی اس قابلیت کو کوئی چیز محدود نہیں کرتی کہ وہ مریض کی ادائیگی میں رعایت کے لیے اہلیت ذیل میں درج شدہ آمدنی کی سطحوں سے زیادہ مقرر نہ کرے اور/یا اہل مریضوں کو صحت عامہ کے قانون کی جانب سے تقاضا کردہ سے زیادہ رعایت نہ دے سکے۔ مزید برآں، امیگریشن اسٹیٹس مالی اعانت کے تعین کی غرض سے اہلیت کا معیار نہیں ہونا چاہیئے۔

درج ذیل افراد اہل ہیں:

- بیمہ صحت کے بغیر کم آمدنی کے حامل افراد؛ یا
 - ناکافی بیمہ یافتہ افراد (گزشتہ بارہ مہینوں کے جیب سے ادا کردہ مجموعی طبی اخراجات کی رقم اس فرد کی مجموعی سالانہ آمدنی کے دس فیصد سے زائد ہو)؛ یا
 - ایسے افراد جو اپنے بیمہ صحت کی مراعات خرچ کر چکے ہوں، اور وہ افراد جو مکمل ادائیگی کرنے کی عدم اہلیت کا ثبوت دے سکیں؛ یا
 - ہسپتال کی صوابدید کے مطابق، وہ افراد جو اپنے کوپیز کی ادائیگی اور/یا قابل کثوتی رقم کی ادائیگی کے لیے عدم اہلیت کا ثبوت پیش کر سکتے ہوں وہ تخفیف شدہ یا رعایت یافتہ ادائیگی کی درخواست کر سکتے ہیں۔
- وفاقی سطح افلاس کے %400 تک آمدن رکھنے والے افراد مالی اعانت کے لیے اہل ہیں۔

افلاس کی وفاق سطح (2024)			
400%	300%	200%	گھرانے کے افراد کی تعداد
\$60,240	\$45,180	\$30,120	1 فرد
\$81,760	\$61,320	\$40,880	2 افراد
\$103,280	\$77,460	\$51,640	3 افراد
\$124,800	\$93,600	\$62,400	4 افراد
\$146,320	\$109,740	\$73,160	5 افراد
\$167,840	\$125,880	\$83,920	6 افراد
\$189,360	\$142,020	\$94,680	7 افراد

سالانہ طور پر اپ ڈیٹ کردہ: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/povertyguidelines>

کم سے کم رعایتی شرحیں

اگر آپ مالی اعانت کے لیے اہل قرار پاتے ہیں، تو آپ کے اخراجات درج ذیل سلائیڈنگ فیس اسکیل پر آپ کی آمدنی کے مطابق کم ہوں گے:

آمدنی کی سطح	ادائیگی
200% FPL سے کم	تمام رقوم سے دستبرداری
200% - 300% FPL	غیر بیمہ یافتہ مریض: سلائیڈنگ اسکیل اس رقم کے 10% تک بے جو Medicaid کی جانب سے خدمت (خدمات) کے لیے ادا کی گئی ہوتی۔ ناکافی بیمہ یافتہ مریض: اس رقم کے زیادہ سے زیادہ 10% تک جو کہ اس مریض کے بیمہ لاگتی اشتراک کے مطابق ادا کی گئی ہوتی۔
301% - 400% FPL	غیر بیمہ یافتہ مریض: سلائیڈنگ اسکیل اس رقم کے 20% تک بے جو Medicaid کی جانب سے خدمت (خدمات) کے لیے ادا کی گئی ہوتی۔ ناکافی بیمہ یافتہ مریض: اس رقم کے زیادہ سے زیادہ 20% تک جو کہ اس مریض کے بیمہ لاگتی اشتراک کے مطابق ادا کی گئی ہوتی۔

ہسپتال اہل مریضوں کے لیے اس سے زیادہ رعایتوں کی فراہمی کا انتخاب کر سکتے ہیں اور/یا آمدنی کی بلند تر سطح پر موجود مریضوں کے لیے ادائیگی میں رعایت پیش کر سکتے ہیں۔

قسط وار ادائیگی کے منصوبے

قسط وار ادائیگی کے منصوبہ جات ایسے مریضوں کے لیے دستیاب ہیں جو تخفیف شدہ شرح کی یکمشت مکمل ادائیگی سے قاصر ہیں۔ ماہانہ ادائیگیاں آپ کی مجموعی ماہانہ آمدنی کے 5% سے زیادہ نہیں ہو سکتیں اور اگر کوئی غیر ادا شدہ رقم ہو، تو اس کے لیے مریضوں سے وصول کی جانے والی شرح سود 2% سے زیادہ نہیں ہو سکتی۔

گھرانے کی آمدنی کے ثبوت کے لیے درخواست

براہ کرم مریض، ان کے شریک حیات، اور کسی بھی زیر کفالت فرد (جیسا کہ بچے) کے لیے آمدنی کی معلومات شامل کریں۔ مثال کے طور پر، گھرانے کی آمدنی کو جمع کرنے کے وقت، ٹیکس ریٹرن (ٹیکس فائلر، شریک حیات، اور ٹیکس کے منحصرین) میں موجود ہر فرد کو شامل کیا جائے گا۔

درج ذیل میں ان دستاویزات کی فہرست ہے جیسے آپ اپنی آمدنی کے ثبوت کے طور پر استعمال کر سکتے ہیں۔ آپ کو یہ سب دستاویزات مہیا کرنے کی ضرورت نہیں۔ اگر آپ کی کوئی آمدنی نہیں ہے تو آپ کوئی گھریلو آمدنی نہیں کا ایک بیان بھی مہیا کر سکتے ہیں۔

NY اسٹیٹ آف ہیلتھ مارکیٹ پلیس کی جانب سے اہلیت کے تعین کا صفحہ بھی مہیا کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کے پاس یہ دستاویز ہے، تو آپ کو ذیل میں درج فہرست کوئی دیگر آمدنی کی معلومات ہسپتال کو مہیا نہیں کرنا ہوں گی۔

اگر گھرانہ موصول کرتا ہے:	ماپانہ رقم:	درخواست دہندہ مہیا کر سکتا ہے:
اجرتیں	\$	براہ کرم تنخواہ کے چیک کی ایک رسید، یا کمپنی کے لیٹر ہیڈ پر آجر کی جانب سے ایک خط جس پر دستخط اور تاریخ درج ہو، یا تازہ ترین جمع کروایا گیا انکم ٹیکس ریٹرن مہیا کریں۔
سوشل سیکیورٹی کی ادائیگی	\$	ایوارڈ لیٹر/سرٹیفکیٹ یا امریکی سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن کی جانب سے مراسلت، یا سالانہ مراعات کے خط کی ایک کاپی۔ اپنے سوشل سیکیورٹی مراعات کے خط کی کاپی کی درخواست کرنے کے لیے، 1-800-772-1213 پر کال کریں یا www.ssa.gov پر جائیں۔
بیروزگاری کا ہرجانہ	\$	ایوارڈ لیٹر/سرٹیفکیٹ یا NYS محکمہ محنت کی جانب سے ماپانہ مراعاتی اسٹیٹمنٹ کی ایک کاپی، یا پرنٹ آؤٹ کے ساتھ ڈائریکٹ پیمنٹ کارڈ، یا NYS محکمہ محنت کی جانب سے مراسلت کی ایک کاپی، یا NYS محکمہ محنت کی ویب سائٹ (www.labor.state.ny.us) سے وصول کنندہ کے اکاؤنٹ کی معلومات کا پرنٹ آؤٹ۔
معذوری کے لیے ادائیگی	\$	ایوارڈ لیٹر/سرٹیفکیٹ، یا سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن کی جانب سے مراسلت کی ایک کاپی، یا سالانہ مراعات کے خط کی ایک کاپی۔ اپنے مراعات کے خط کی درخواست کرنے کے لیے، 1-800-772-1213 پر کال کریں یا www.ssa.gov پر جائیں۔
ورکرز کمپنسیشن	\$	ایوارڈ لیٹر یا چیک کی رسید کی کاپی۔
نفقہ/امداد طفل	\$	عدالتی حکمنامے کی کاپی، یا 3 مہینوں کے نقد چیکس/رسیدیں۔
منافع/سود	\$	سہ ماہی منافع کی اسٹیٹمنٹ یا 1 ماہ کی اسٹیٹمنٹ۔
دیگر	\$	خط جس میں غیر اجرتی کمائیوں کی رقم بتائی گئی ہو (اگر کوئی ہے)، جیسا کہ کرائے کی آمدنی، معمولی ملازمتوں کے لیے نقدی، وغیرہ۔
کوئی آمدنی نہیں	\$0	کوئی آمدنی نہ ہونے کا دستخط شدہ بیان۔

عطیاتی نگہداشت/مالیاتی اعانت کا اعلان

میں (مریض/ضامن) _____، اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس درخواست میں شامل معلومات سچی اور میرے بہترین علم کے مطابق درست ہیں۔ اگر اس درخواست پر مہیا کردہ کوئی بھی معلومات غلط ثابت ہو گئی، تو میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ہسپتال میری مالی حیثیت کا زسر نو جائزہ لے سکتا ہے اور اپلیٹی حیثیت کی درستگی کے لیے مناسب کارروائی کر سکتا ہے۔

میں کسی بھی دستیاب اعانت (Family Health Plus، Child Health Plus، Medicare، Medicaid، وغیرہ) کے لیے درخواست دوں گا/گی جو کہ میری ہسپتال کی فیس (فیسوں) کی ادائیگی کے لیے دستیاب ہو سکتی ہیں اور ان اعانتوں کے حصول کے لیے کوئی بھی معقول کارروائی کروں گا/گی۔

میں مزید یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ یہ درخواست _____ سے لے کر _____ تک 1 سال کے لیے درست ہے۔ تاہم اگر اس وقت کے دوران میرے گھرانے کے افراد کی تعداد یا مالی معلومات میں کوئی تبدیلی رونما ہوئی، تو میں شعبہ مالی خدمات برائے مریض کو اطلاع دوں گا/گی۔

میں ہیلن ہیز ہسپتال کو اس بات کا اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ اس معلومات کا پروگرام کی تعمیل کے تعین کے لیے ذمہ دار کسی بھی وفاقی یا ریاستی ایجنسی پر انکشاف کرے۔

_____ مریض/ضامن کے دستخط:

_____ تاریخ: