



Jednolity wniosek NYS o pomoc finansową szpitala

Do pomocy finansowej szpitala do celów rozliczeń mogą kwalifikować się osoby bez ubezpieczenia, których ubezpieczenie uległo wyczerpaniu lub które posiadają ubezpieczenie zdrowotne, ale są w stanie wykazać, że opłacone wydatki na opiekę medyczną w sumie przekroczyły 10% ich dochodu. Wypełnienie poniższego formularza spowoduje inicjację wniosku o pomoc finansową szpitala. Ten formularz jest wykorzystywany przez wszystkie szpitale w stanie Nowy Jork (New York State, NYS).

Ten wniosek należy wydrukować w głównych¹ językach znanych przez pacjentów korzystających ze świadczeń szpitala.

Imię i nazwisko pacjenta (wypełnij odpowiednie dane)

Imię i nazwisko pacjenta (imię, drugie imię, nazwisko)		
Data urodzenia (mm/dd/yyyy)		
Adres	Numer lokalu	
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Telefon		
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna lub przedstawiciela prawnego (jeśli pacjent to niepełnoletnie dziecko lub osoba dorosła niezdolna do czynności prawnych)		
Adres e-mail (jeśli dotyczy)		

Informacje o rodzinie:

Podaj poniżej wszystkich członków rodziny w swoim gospodarstwie domowym. Gospodarstwo domowe obejmuje Ciebie, małżonka lub partnera życiowego oraz wszelkie dzieci i inne osoby zależne. Na przykład są to osoby ujęte w Twoim zeznaniu podatkowym.

Dochód brutto oznacza Twój dochód przed opodatkowaniem.

Dochód brutto może obejmować dochód z tytułu zatrudnienia (płace, wynagrodzenia, napiwki, zarobki z własnej działalności), dochód niepochodzący z pracy [zasiłek dla osób niepełnosprawnych z ubezpieczenia społecznego (Social Security Disability, SSD) oraz zasiłki dla bezrobotnych], datki (środki od rodziny lub znajomych), a także inne źródła dochodu (pomoc tymczasowa i dodatkowy dochód zabezpieczający).

¹ „Główne języki” obejmują każdy język wykorzystywany do komunikacji przez co najmniej 5% pacjentów obywateli wizyty w roku lub dowolny język, którym posługuje się co najmniej 1% populacji głównego obszaru usług szpitalnych, co wynika z obliczeń dokonanych na podstawie danych demograficznych dostępnych od Amerykańskiego Biura Spisu Powszechnego (United States Bureau of the Census), uzupełnionych o dane z systemów szkolnych.



Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa / relacja	Łączny dochód brutto (aktualny)
	Ja	

Szpital może zażądać złożenia dokumentacji poświadczającej dochód, na przykład w formie odcinka wypłaty, listu od pracodawcy, jeśli dotyczy, lub formularza 1040.

Status ubezpieczenia zdrowotnego

Czy posiadasz jakiegokolwiek ubezpieczenie zdrowotne, w tym Medicaid, Medicare lub ubezpieczenie prywatne wykupione za pośrednictwem pracodawcy lub na własną rękę?

Tak Nie

W przypadku odpowiedzi „Nie”: czy potrzebujesz wsparcia w ubieganiu się o dołączenie do tych programów?

Tak Nie

Pacjenci niedoubezpieczeni: osoby posiadające ubezpieczenie i ponoszące wysokie wydatki na leczenie. W przypadku posiadania ubezpieczenia należy dostarczyć szacunkowe rachunki za świadczenia medyczne opłacone w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

\$

Szpital może zażądać przekazania dokumentacji potwierdzającej pokrycie kosztów leczenia.

Pacjent / Strona odpowiedzialna: Prosimy podać imię i nazwisko osoby składającej podpis na formularzu (jeśli nie jest to pacjent) i jej upoważnienie do złożenia podpisu w imieniu pacjenta (np. małżonek, rodzic, przedstawiciel prawny).

Rozumiem, że podane przeze mnie informacje mogą podlegać weryfikacji przez podmioty zewnętrzne. Potwierdzam, że informacje, które podałem(-am) powyżej, są zgodnie z moją wiedzą prawdziwe i pełne.

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)	Data
Stosunek prawny do pacjenta	
Podpis	

Minimalne wymagania kwalifikacyjne i wytyczne

Ramy czasowe wniosku, prawa pacjenta i poufność

- O pomoc finansową można ubiegać się w dowolnym momencie w okresie windykacji.
- Do momentu otrzymania decyzji w sprawie wniosku nie trzeba dokonywać żadnych płatności na rzecz szpitala. Szpitale nie mogą przekazać należności do windykacji w okresie przetwarzania wniosku.
- W przypadku odmowy udzielenia pomocy finansowej można odwołać się od decyzji. Informacje na temat sposobu odwołania można znaleźć w otrzymanym od szpitala zawiadomieniu. Może przysługiwać Ci prawo do odwołania w sprawie kwoty pomocy finansowej. Szpital zawrze informacje na temat sposobu odwołania w piśmie z decyzją.
- Szpitale nie mogą przekazywać niezapłaconych rachunków do agencji windykacyjnej przez co najmniej 180 dni od otrzymania pierwszego rachunku.
- Szpitale nie mogą podejmować działań prawnych, w tym wnieść powództwa, w związku z odzyskiwaniem należności za nieopłacone rachunki za opiekę medyczną w przypadku pacjentów poniżej 400% federalnego progu ubóstwa. Wytyczne dotyczące ubóstwa można znaleźć tutaj: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- Wszelkie informacje ujęte we wniosku będą wykorzystywane przez szpital wyłącznie w celu ustalenia, czy kwalifikujesz się do pomocy finansowej, i pozostaną poufne w zakresie dozwolonym przez prawo.
- Szpital nie może odmówić niezbędnych świadczeń medycznych z powodu niezapłaconego rozliczenia medycznego.
- Jeśli potrzebujesz wsparcia w odniesieniu do tego wniosku, skontaktuj się z biurem pomocy finansowej szpitala Ellenville Regional Hospital pod numerem (845) 210-4930.
- Jeśli potrzebujesz dodatkowego wsparcia w odniesieniu do tego wniosku lub odwołania od decyzji, skontaktuj się z Community Health Advocates: 888-614-5400.

Kto się kwalifikuje

Szpitala nie obowiązują ograniczenia w zakresie ustalania kwalifikowalności pacjentów do obniżenia kwoty płatności w przypadku wyższych poziomów dochodów niż określone poniżej i/lub dodatkowego obniżenia płatności należnych od kwalifikujących się pacjentów niż te wymagane przez ustawę o ochronie zdrowia publicznego. Dodatkowo status imigranta nie stanowi kryterium kwalifikowalności do celów uzyskania pomocy finansowej.

Kwalifikują się następujące osoby:

- osoby o niskim poziomie dochodów bez ubezpieczenia zdrowotnego;
- osoby nieubezpieczone (dodatkowe koszty własne leczenia nagromadzone w ciągu ostatnich 12 miesięcy w kwocie przewyższającej dziesięć procent (10%) wysokości rocznego dochodu takiej osoby);
- osoby, które wyczerpały świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego i które są w stanie wykazać niezdolność do opłacenia kosztów w pełnej kwocie; lub
- według uznania szpitala osoby, które są w stanie wykazać brak zdolności do pokrycia dopłaty i/lub udziału własnego, mogą ubiegać się o obniżenie należnej płatności.

Do pomocy finansowej kwalifikują się osoby spełniające wymóg do 400% federalnego progu ubóstwa.

Federalne progi ubóstwa (Federal Poverty Levels, FPL) w 2024 roku			
Wielkość gospodarstwa domowego	200%	300%	400%
1 osoba	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 osoby	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 osoby	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 osoby	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 osób	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 osób	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 osób	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Aktualizowane raz w roku: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Minimalne stawki obniżenia

Jeśli kwalifikujesz się do pomocy finansowej, Twoje opłaty zostaną obniżone odpowiednio do dochodu według następującej ruchomej skali opłat:

Poziom dochodów	Płatność
Poniżej 200% FPL	Odstąpienie od wszystkich opłat
200–300% FPL	<p>Pacjenci nieubezpieczeni: Skala ruchoma do 10% kwoty, która zostałaby uiszczona za świadczenie(-a) przez Medicaid.</p> <p>Pacjenci niedoubezpieczeni: Maksymalnie do 10% kwoty, która zostałaby uiszczona zgodnie z współdzieleniem kosztów ubezpieczenia pacjenta.</p>
301–400% FPL	<p>Pacjenci nieubezpieczeni: Skala ruchoma do 20% kwoty, która zostałaby uiszczona za świadczenie(-a) przez Medicaid.</p> <p>Pacjenci niedoubezpieczeni: Maksymalnie do 20% kwoty, która zostałaby uiszczona zgodnie z współdzieleniem kosztów ubezpieczenia pacjenta.</p>

Szpital może przyznać większe obniżki kwalifikującym się pacjentom i/lub zaoferować obniżenie kwot płatności pacjentom o wyższych dochodach.

Plany spłaty ratalnej

Plany spłaty ratalnej dostępne dla pacjentów niezdolnych do jednorazowej spłaty stawki obniżonej. Płatności miesięczne nie mogą przekroczyć 5% dochodu miesięcznego brutto, a maksymalna stopa odsetek naliczana pacjentowi od salda należności, jeśli istnieje, wynosi 2%.

Żądanie dostarczenia dokumentu potwierdzającego wysokość dochodów gospodarstwa domowego

Prosimy o ujęcie informacji dotyczących dochodu pacjenta, jego/jej małżonka oraz osób zależnych (takich jak dzieci). Mogą to być na przykład osoby ujęte na jednym zeznaniu podatkowym (osoba wypełniająca zeznanie, małżonek i osoby zależne) przy obliczaniu dochodu gospodarstwa domowego.

W celu wykazania swojego dochodu można skorzystać z poniższej listy dokumentów. Dostarczenie wszystkich tych dokumentów nie jest obowiązkowe. Można także dostarczyć oświadczenie o braku dochodów gospodarstwa domowego w przypadku braku dochodu.

Można także dostarczyć ustalenie uprawnienia z rynku ubezpieczeń zdrowotnych stanu Nowy Jork (NY State of Health Marketplace). W przypadku posiadania tego dokumentu dostarczenie szpitalowi innych informacji dotyczących dochodu podanych poniżej nie jest wymagane.

<u>Jeśli gospodarstwo domowe uzyskuje:</u>	<u>Kwota miesięczna:</u>	<u>Wnioskodawca może dostarczyć:</u>
Wynagrodzenie	\$	Prosimy dostarczyć jeden odcinek wypłaty lub pismo od pracodawcy na papierze firmowym, podpisane i oznaczone datą, lub ostatnie zeznanie podatkowe.
Płatności z ubezpieczenia społecznego	\$	Kopia pisma/certyfikatu przyznającego świadczenia lub korespondencja od amerykańskiej Administracji Ubezpieczenia Społecznego (U.S. Social Security Administration) albo pismo z zestawieniem rocznych świadczeń. Aby uzyskać kopię pisma dotyczącego świadczeń z ubezpieczenia społecznego, zadzwoń pod numer 1-800-772-1213 lub odwiedź stronę www.ssa.gov
Zasiłek dla bezrobotnych	\$	Kopia pisma/certyfikatu przyznającego zasiłek lub zestawienie zasiłku miesięcznego z Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork (NYS Department of Labor), lub kopia karty bezpośrednich płatności z wydrukiem, lub korespondencja od Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork, lub wydruk informacji z konta odbiorcy ze strony Departamentu Pracy Stanu Nowy Jork (www.labor.state.ny.us)
Zasiłek dla osób niepełnosprawnych	\$	Kopia pisma/certyfikatu przyznającego zasiłek lub korespondencja od amerykańskiej Administracji Ubezpieczenia Społecznego (U.S. Social Security Administration) albo kopia zestawienia rocznego zasiłku. Aby uzyskać kopię pisma dotyczącego zasiłku, zadzwoń pod numer 1-800-772-1213 lub odwiedź stronę www.ssa.gov

<u>Jeśli gospodarstwo domowe uzyskuje:</u>	<u>Kwota miesięczna:</u>	<u>Wnioskodawca może dostarczyć:</u>
Odszkodowanie pracownicze	\$	Kopia pisma o przyznaniu świadczeń lub odcinek wypłaty.
Świadczenia alimentacyjne	\$	Kopia nakazu sądowego lub zrealizowane czeki/pokwitowania za 3 miesiące.
Dywidendy/odsetki	\$	Zestawienie dywidend kwartalnych lub miesięcznych.
Inne	\$	List określający kwotę zarobków pozapłacowych (jeśli istnieją), takich jak dochód z wynajmu, gotówka za prace na zlecenie itd.
Brak dochodów	\$ 0	Podpisane oświadczenie o braku dochodów.