

將申請表退回至 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, 請注意財務顧問

## 紐約州統一醫院經濟援助申請

如果您沒有保險、您的保險已用盡或您有健康保險但有支付醫療費用總計超過收入 10% 的證明，您可能資格獲得醫院財務援助來支付您的賬單。填寫此表格將開始您申請醫院經濟援助。紐約州所有醫院均使用此表格。

此申請表必須以醫院服務的病人所使用的主要語言 1 列印。

### 患者姓名（適用的完整資訊）

患者姓名（名字、中間名、姓氏）		
出生日期（月/日/年）		
地址	公寓/單元#	
城市	狀態	拉鍊
聯絡電話		
家長/監護人或合法代表姓名（如果病患是未成年人或無行為能力的成年人）		
電子郵件地址（如果有）		

### 家庭資訊：

請在下面列出您家中的所有家庭成員。您的家庭包括您自己、您的配偶或家庭伴侶，以及任何孩子或其他家屬。例如，這將包括同一納稅申報表上列出的所有人。

總收入是指您扣除稅款之前的收入。

總收入可以包括工作收入（工資、薪水、小費、自營職業收入）、非勞動收入（社會安全、殘疾和失業救濟金）、捐款（來自家人或朋友的資金）和其他收入來源（臨時收入）。

姓名	關係	總收入（當前）
	自己	

醫院可能會要求您提交文件作為收入證明；文件範例可能包括薪資單、雇主的信函（如果適用）或 1040 表格。

1 「主要語言」包括每年至少 5% 的專利就診中用於交流的任何語言，或超過 1% 的主要醫院服務區人口使用的任何語言（根據聯合國提供的人口統計信息計算）州人口普查局，並輔以學校系統的數據。

將申請表退回至 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, 請注意財務顧問

### 健康保險狀況

您是否有任何形式的健康保險，包括醫療補助、醫療保險或透過您的雇主或您自己購買的私人保險？

是  否

如果您回答“否”，您在申請這些項目時需要協助嗎？

是  否

保險不足患者：有保險且醫療費用高的人。如果您有保險，請提供您在過去 12 個月內支付的醫療費用的估價。

\$

醫院可能會要求您提交文件作為已支付醫療費用的證明。

病患/責任方：如果不是病患，請列出簽署表格的人員的姓名及其代表病患簽署的權力（例如配偶、父母、法定代理人）。

我了解我提交的資訊可能需要接受外部來源的驗證。我保證，據我所知，該資訊真實且完整。

列印姓名	日期
與患者的關係	
簽名	

### 最低資格和準則

#### 申請時間表、病人權利和保密

- 您可以在收款過程中隨時申請經濟援助。
- 在您收到經濟援助申請的決定之前，您無需向該醫院支付任何費用。在您的申請待處理期間，醫院不得將帳戶轉至託收處。
- 如果您被拒絕經濟援助，您有權上訴。有關如何操作的資訊將包含在您收到的醫院通知中。您可能對您的經濟援助金額提出上訴。醫院將在決定信中包含有關如何上訴的資訊。
- 在您收到第一張帳單後至少180天內，醫院不能將未付帳單發送給催收機構。
- 禁止醫院採取法律行動，包括提起訴訟，追回低於聯邦貧窮線400%的病患的未付醫療費用。貧窮指南可在此處找到：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 本申請表中提供的任何資訊將僅由醫院用來確定您是否有資格獲得經濟援助，並將在法律允許的範圍內保密。
- 醫院不能因為您有未付的醫療費用而拒絕為您提供必要的醫療服務。
- 如果您需要此申請的協助，請聯絡奧奈達健康局財務援助辦公室：315-361-2230。
- 如果您需要有關此申請的額外協助或協助對決定提出上訴，您可以聯絡社區健康倡議者：888-614-5400。

將申請表退回至 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, 請注意財務顧問

## 合格

醫院可以根據高於下列規定的收入水平確定患者享受付款折扣的資格，和/或為符合條件的患者提供高於公共衛生法要求的付款折扣，沒有任何限制。此外，移民身分不應成為決定經濟援助的資格標準。

以下個人有資格：

- 沒有醫療保險的低收入個人；或者
- 保險不足的個人（過去十二個月累積的自付費用達到該個人年總收入的百分之十以上）；或者
- 那些已經用盡健康保險福利並且能夠證明無力支付全額費用的人；或者
- 根據醫院的判斷，證明無力支付自付額和/或免賠額的個人可以要求減少或折扣付款。

達到聯邦貧窮線 400% 的個人有資格獲得經濟援助。

聯邦貧窮線 (2024 年)			
家庭規模	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: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

## 最低折扣率

如果您有資格獲得經濟援助，您的費用將根據您的收入按浮動收費標準減少，具體如下：

收入水平	支付
<b>Below 200% FPL</b>	免除所有費用
<b>200% - 300% FPL</b>	未投保患者：浮動比例最高為 Medicaid 支付的服務金額的 10%。  保險不足的患者：最多可達保額的 10% 將根據該患者的保險費用分攤進行支付。
<b>301% - 400% FPL</b>	未投保患者：浮動上限為 Medicaid 支付的服務金額的 20%。  保險不足的患者：最多為根據此類患者的保險費用分攤應支付金額的 20%。

醫院可以選擇為符合資格的患者提供更大的折扣和/或為較高收入水平的患者提供付款折扣。

## 分期付款計劃

分期付款計劃適用於無法一次支付全部折扣費率的患者。每月付款不能超過您每月總收入的 5%，向患者收取的未付餘額（如有）的利息不得超過 2%。

**要求提供家庭收入證明**

請提供患者、其配偶和任何家屬（例如兒童）的收入資訊。例如，這將在家庭收入的計算中包括同一納稅申報表上的每個人（報稅人、配偶和納稅家屬）。

以下是您可以用來證明您的收入的文件清單。您不必提供所有這些文件。如果您沒有收入，您也可以提供無家庭收入聲明。

您也可以提供來自 NY State of Health Marketplace 的資格確定頁面。如果您有此文件，則無需向醫院提供下列任何其他收入資訊。

<u>如果家庭收到：</u>	<u>每月金額：</u>	<u>申請人可提供：</u>
薪資	\$	請提供一份薪資單或信件 雇主簽發的帶有公司抬頭的信箋，簽名並註明日期，或最近提交的所得稅申報表。
社會安全繳費	\$	獎勵信/證書的副本，或美國社會安全管理局的信件，或年度福利信。索取您的社會安全福利副本 信函、致電 1-800-772-1213 或造訪 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 。
失業補償	\$	紐約州勞工部頒發的獎勵函/證書或每月福利報表的副本，或帶有打印輸出的直接支付卡副本，或紐約州勞工部的信函，或紐約州接收者帳戶信息的打印輸出 勞工部網站 ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> )。
傷殘津貼	\$	獎勵信/證書的副本，或社會安全管理局的信件，或年度福利信的副本。索取您的福利信函副本， 請致電 1-800-772-1213 或造訪 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 。
工人賠償	\$	獎勵信或支票存根的副本。
贍養費/子女扶養費	\$	法院命令副本，或 3 個月的兌現支票/收據。
股息/利息	\$	季度股利報表或 1 個月報表。
其他	\$	說明非工資收入金額（如有）的信函，例如租金收入、打零工的現金等。
無收入	\$0	簽署無收入聲明。