

Подайте заявление по адресу 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Финансовому консультанту
Заявление на получение единой финансовой помощи для больницы штата Нью-Йорк

Вы можете иметь право на финансовую помощь больницы для оплаты счетов, если вы не застрахованы, если ваша страховка исчерпана или если у вас есть медицинская страховка, но есть подтверждение оплаченных медицинских расходов, составляющих более 10% вашего дохода. Заполнение этой формы начнет ваш запрос на финансовую помощь больницы. Эта форма используется всеми больницами в штате Нью-Йорк.

Это заявление должно быть напечатано на основных¹ языках, на которых говорят пациенты, обслуживаемые больницей.

Имя пациента (полная информация, которая применима)

Имя пациента (имя, отчество, фамилия)		
Дата рождения (мм/дд/гггг)		
Адрес		Номер квартиры/блока
Город	Состояние	Почтовый индекс
Контактный телефон #		
Имя родителя/опекуна или законного представителя (если пациент — несовершеннолетний ребенок или недееспособный взрослый)		
Адрес электронной почты (если есть)		

Информация о семье:

Пожалуйста, перечислите ниже всех членов семьи в вашем домохозяйстве. Ваше домохозяйство включает вас, вашего супруга или партнера по браку, а также любых детей или других иждивенцев. Например, сюда могут быть включены все, указанные в одной налоговой декларации.

Валовой доход означает ваш доход до вычета налогов.

Валовой доход может состоять из трудовых доходов (заработная плата, оклады, чаевые, доходы от индивидуальной трудовой деятельности), незаработанных доходов (пособия по социальному обеспечению, пособия по инвалидности и пособия по безработице), взносов (средства семьи или друзей) и других источников дохода (временная помощь и дополнительный доход по социальному обеспечению).

Полное имя	Отношение	Общий валовой доход (текущий)
	Себя	

Больница может попросить вас предоставить документы, подтверждающие ваш доход; примерами документов могут служить расчетный листок, письмо от вашего работодателя (если применимо) или форма 1040.

1 «Основные языки» включают любой язык, который используется для общения не менее чем в 5% посещений пациентов в год, или любой язык, на котором говорит более 1% населения основной зоны обслуживания больницы, согласно расчетам с использованием демографической информации, полученной от Бюро переписи населения США, дополненной данными из школьных

Подайте заявление по адресу 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Финансовому консультанту

Статус медицинского страхования

Есть ли у вас какая-либо форма медицинского страхования, включая Medicaid, Medicare или частное страхование через вашего работодателя или приобретенное самостоятельно?

Да Нет

Если вы ответили «Нет», нужна ли вам помощь в подаче заявления на любую из этих программ?

Да Нет

Недостаточно застрахованные пациенты: люди со страховкой и высокими медицинскими расходами. Если у вас есть страховка, пожалуйста, предоставьте оценку медицинских счетов, которые вы оплатили за последние 12 месяцев.

\$

Больница может попросить вас предоставить документы, подтверждающие оплаченные медицинские расходы.

Пациент/ответственная сторона: Если это не пациент, укажите имя лица, подписавшего форму, и его полномочия на подписание от имени пациента (например, супруг, родитель, законный представитель).

Я понимаю, что предоставленная мной информация может быть проверена из внешних источников. Я подтверждаю, что информация является достоверной и полной, насколько мне известно.

Печатное имя	Дата
Отношение к пациенту	
Подпись	

Минимальные требования и рекомендации

Сроки подачи заявок, права пациентов и конфиденциальность

- Вы можете подать заявку на финансовую помощь в любой момент в процессе взыскания.
- Вам не нужно делать никаких платежей в эту больницу, пока вы не получите решение по вашей заявке на финансовую помощь. Больницы не могут направлять счета в службу взыскания, пока ваша заявка находится на рассмотрении.
- Если вам отказано в финансовой помощи, вы имеете право подать апелляцию. Информация о том, как это сделать, будет включена в уведомление больницы, которое вы получите. Вы можете иметь право обжаловать размер вашей финансовой помощи. Больница включит информацию о том, как подать апелляцию в свое письмо с решением.
- Больницы не могут отправлять неоплаченные счета в агентство по взысканию в течение как минимум 180 дней после вашего первого счета.
- Больницам запрещено предпринимать юридические действия, включая подачу исков, для взыскания неоплаченных медицинских счетов для пациентов, чей доход ниже 400% от федерального уровня бедности. С рекомендациями по определению уровня бедности можно ознакомиться здесь: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Любая информация, предоставленная в этом заявлении, будет использоваться больницей только для определения вашего права на финансовую помощь и останется конфиденциальной в той мере, в какой это разрешено законом.
- Больница не может отказать вам в необходимых с медицинской точки зрения услугах из-за того, что у вас есть неоплаченный счет за лечение.
- Если вам нужна помощь с этим заявлением, свяжитесь с офисом финансовой помощи Oneida Health по телефону 315-361-2230.
- Если вам нужна дополнительная помощь с этим заявлением или помощь в обжаловании решения, вы можете обратиться в Community Health Advocates: 888-614-5400.

Подайте заявление по адресу 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Финансовому консультанту

Право на получение помощи

Ничто не ограничивает возможности больницы устанавливать право пациента на получение скидок на оплату при уровнях дохода выше указанных ниже и/или предоставлять более высокие скидки на оплату для пациентов, имеющих право на получение помощи, чем те, которые требуются в соответствии с Законом о здравоохранении. Кроме того, иммиграционный статус не должен быть критерием права на получение помощи для определения финансовой помощи.

Право на получение помощи имеют следующие лица:

- Лица с низким доходом, не имеющие медицинской страховки; или
- Лица с недостаточным страхованием (непокрытые медицинские расходы, накопленные за последние двенадцать месяцев, составляют более десяти процентов от валового годового дохода такого лица); или
- Те, кто исчерпал свои льготы по медицинской страховке и может доказать неспособность оплатить полную стоимость; или
- По усмотрению больницы лица, которые могут доказать неспособность оплатить свою доплату и/или франшизу, могут запросить уменьшенную или скидку на оплату.

Лица, доход которых составляет до 400% от федерального уровня бедности, имеют право на финансовую помощь.

Федеральный уровень бедности (2024)			
Размер домохозяйства	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 человека	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 человека	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 человека	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Ежегодно обновляется: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Минимальные ставки дисконтирования

Если вы имеете право на финансовую помощь, ваши расходы будут снижены в соответствии с вашим доходом по скользящей шкале следующим образом:

Уровень дохода	Оплата
Ниже 200% FPL	Отказаться от всех обвинений
200% - 300% FPL	Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 10% от суммы, которая была бы выплачена за услугу(ы) Medicaid. Недознастрахованные пациенты: максимум до 10% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением расходов на страхование такого пациента.
301% - 400% FPL	Незастрахованные пациенты: скользящая шкала до 20% от суммы, которая была бы выплачена за услугу(ы) Medicaid. Недознастрахованные пациенты: максимум до 20% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением расходов на страхование такого пациента.

Больницы могут предоставлять более крупные скидки пациентам, имеющим на это право, и/или предлагать скидки на оплату для пациентов с более высоким уровнем дохода.

Планы рассрочки

Планы рассрочки доступны пациентам, которые не могут выплатить сниженную ставку сразу. Ежемесячные платежи не могут превышать 5% от вашего валового ежемесячного дохода, а процентная ставка, взимаемая с пациента на непоплаченный остаток, если таковой имеется, не должна превышать 2%.

Подайте заявление по адресу 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13032, Финансовому консультанту

Запрос на подтверждение дохода домохозяйства

Пожалуйста, включите информацию о доходе пациента, его супруга(и) и любых иждивенцев (например, детей). Например, это будет включать всех в одной налоговой декларации (налоговый декларант, супруг(а) и иждивенцы) в расчет дохода домохозяйства.

Ниже приведен список документов, которые вы можете использовать для подтверждения своего дохода. Вам не нужно предоставлять все эти документы. Вы также можете предоставить справку об отсутствии дохода домохозяйства, если у вас нет дохода.

Вы также можете предоставить страницу определения права на получение помощи с NY State of Health Marketplace. Если у вас есть этот документ, вам не нужно предоставлять в больницу какую-либо другую информацию о доходе, указанную ниже.

<u>Если домохозяйство получает:</u>	<u>Сумма в месяц:</u>	<u>Заявитель может предоставить:</u>
Заработная плата	\$	Предоставьте, пожалуйста, один квитанцию о начислении заработной платы или письмо от работодателя на фирменном бланке компании с подписью и датой или последнюю поданную налоговую декларацию.
Платеж по социальному обеспечению	\$	Копия письма/сертификата о награде или корреспонденции от Администрации социального обеспечения США или ежегодного письма о пособиях. Чтобы запросить копию письма о пособиях по социальному обеспечению, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите www.ssa.gov .
Пособие по безработице	\$	Копия письма/сертификата о награждении или ежемесячная выписка о выплате пособий от Департамента труда штата Нью-Йорк, или копия карты прямой оплаты с распечаткой, или корреспонденция от Департамента труда штата Нью-Йорк, или распечатка информации о счете получателя с веб-сайта Департамента труда штата Нью-Йорк (www.labor.state.ny.us).
Выплата по инвалидности	\$	Копия письма/сертификата о награде или переписка с Администрацией социального обеспечения или копия ежегодного письма о пособиях. Чтобы запросить копию письма о пособиях, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите www.ssa.gov .
Компенсация работникам	\$	Копия письма о награждении или корешка чека.
Алименты/Помощь ребенку	\$	Копия постановления суда или обналиченные чеки/квитанции за 3 месяца.
Дивиденды/Проценты	\$	Ежеквартальные отчеты о дивидендах или ежемесячные отчеты.
Другой	\$	Письмо с указанием суммы доходов, не связанных с заработной платой (если таковые имеются), например, дохода от аренды, наличных денег за случайные заработки и т. д.
Нет дохода	\$0	Подписанное заявление об отсутствии дохода.