# **الطلب الموحد للحصول على مساعدة مالية من المستشفيات في ولاية نيويورك**

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من المستشفى لدفع فواتيرك إذا لم تكن مشمولاً بالتأمين، أو إذا كان تأمينك منتهي، أو إذا كان لديك تأمين صحي ولكن معك إثبات بدفع نفقات طبية تزيد عن 10% من دخلك. لكي تبدأ في طلب الحصول على مساعدة مالية من المستشفى عليك تعبئة هذا النموذج. يُستخدم هذا النموذج في جميع مستشفيات ولاية نيويورك.

اسم المريض (اكتب المعلومات المطلوبة)

|  |
| --- |
| **اسم المريض (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)** |
| تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) |
| العنوان | رقم الشقة/الوحدة السكنية |
| المدينة | الولاية | الرمز البريدي |
| رقم الهاتف |
| اسم الوالد/الوصي أو الممثل القانوني (إذا كان المريض قاصراً أو بالغاً عاجز) |
| عنوان البريد الإلكتروني (إن وجد) |

**معلومات عن الأسرة:**

يرجى ذكر جميع أفراد الأسرة الذين يعيشون معك أدناه. أسرتك تشملك أنت، وزوجتك/زوجك أو شريكتك/شريكك، وأي أطفال أو أي أشخاص آخرين تعولهم. على سبيل المثال، يشمل هذا جميع الأشخاص المدرجين في نفس الإقرار الضريبي.

إجمالي الدخل هو دخلك **قبل** خصم الضرائب.

يمكن أن يتكون إجمالي الدخل من الأرباح التي تجنيها من العمل (الأجور، والرواتب، والإكراميات، والأرباح من العمل الحر)، والدخل غير المكتسب (الضمان الاجتماعي، وإعانات الإعاقة والبطالة)، والمساهمات (أموال من العائلة أو الأصدقاء)، ومصادر دخل أخرى (المساعدة المؤقتة ودخل الضمان الاجتماعي التكميلي).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| الاسم بالكامل | صلة القرابة | تاريخ الميلاد | مجموع الدخل الإجمالي (الحالي) |
|  | **أنا** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

قد تطلب منك المستشفى تقديم وثائق لإثبات الدخل؛ ومن أمثلة هذه الوثائق كشف راتب، أو خطاب من جهة عملك إن وجد، أو النموذج 1040.

**حالة التأمين الصحي**

هل لديك أي نوع من التأمين الصحي، بما في ذلك Medicaid أو Medicare أو تأمين خاص من خلال جهة عملك أو تأمين اشتريته بنفسك؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت أجابتك "لا"، فهل ترغب في مساعدتك على التقديم لأي برامج؟

☐ نعم ☐ لا

المرضى غير المشمولين بالتأمين الكافي: الأشخاص المشمولون بالتأمين ​​ويتحملون نفقات طبية باهظة. إذا كان لديك تأمين، يُرجى تقديم تقدير للفواتير الطبية التي دفعتها خلال الإثني عشر شهرًا الماضية.

دولار

قد تطلب منك المستشفى تقديم وثائق كإثبات للنفقات الطبية المدفوعة.

المريض/الطرف المسؤول: إذا لم يكن المريض، يُرجى ذكر اسم الشخص الذي يوقّع على النموذج وتفويضه بالتوقيع نيابةً عنه (مثل: الزوج/الزوجة، أحد الوالدين، الممثل القانوني).

أنا أُدرك أن المعلومات التي أُقدّمها قد تخضع للتحقق من مصادر خارجية. وأُقرّ بصحة المعلومات واكتمالها على حدّ علمي.

|  |  |
| --- | --- |
| الاسم مطبوعًا:صلة القرابة بالمريض: | التاريخ: |
| **التوقيع:** |

# **الحد الأدنى للأهلية والإرشادات**

## الجدول الزمني لتقديم الطلب، وحقوق المريض، والسرية

* + يمكنك التقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية في أي وقت خلال عملية التحصيل.
	+ لستَ مُلزمًا بدفع أي مبلغ لهذا المستشفى حتى تتلقى قرارًا بشأن طلبك للحصول على مساعدة مالية. لا يجوز للمستشفيات إحالة الحسابات إلى قسم التحصيل أثناء انتظار البت في طلبك.
	+ في حال رفض طلب حصولك على مساعدة مالية، يحق لك التظلم. سيتم تزويدك بمعلومات حول كيفية القيام بذلك ضمن إشعار المستشفى الذي تتلقاه. قد يحق لك التظلم بشأن مبلغ المساعدة المالية. ستقدم المستشفى معلومات حول كيفية التظلم في الخطاب الذي يحمل قرارها.
	+ لا يجوز للمستشفيات إحالة الفواتير غير المدفوعة إلى وكالة تحصيل لمدة 180 يومًا على الأقل بعد فاتورتك الأولى.
	+ يُحظر على المستشفيات اتخاذ أي إجراءات قانونية، بما في ذلك رفع دعاوى قضائية، لاسترداد الفواتير الطبية غير المدفوعة للمرضى الذين يقعون تحت 400% من مستوى الفقر الفيدرالي. يمكنكم الاطلاع على إرشادات الفقر هنا: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic- mobility/poverty-guidelines
	+ لن تستخدم المستشفى أي معلومات مُقدّمة في هذا الطلب إلا لتحديد أهليتك للحصول على مساعدة مالية، وستبقى هذه المعلومات سريةً إلى الحد الذي يسمح به القانون.
	+ لا يحقّ للمستشفى حرمانك من الخدمات الطبية الضرورية بسبب وجود فاتورة طبية مستحقة عليك.
	+ إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في هذا الطلب أو مساعدة في التظلم من القرار، يمكنك التواصل مع Community Health Advocates (مناصرو الصحة المجتمعية): 5400-614-888.

### **الأهلية**

لا شيء يحد من قدرة المستشفى على إثبات أهلية المريض للحصول على خصومات على الدفع عند مستويات دخل أعلى من تلك المحددة أدناه، و/أو على تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين تفوق تلك التي يقتضيها قانون الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، لا تُعتبر حالة الهجرة معيارًا للأهلية لتحديد المساعدة المالية.

الأفراد المؤهلون هم:

* + ذوو الدخل المحدود غير المشمولين بتأمين صحي؛ أو
	+ الأفراد غير المشمولين بتأمين صحي كافٍ (التكاليف الطبية التي يدفعها المريض مباشرة من جيبه المتراكمة خلال الإثني عشر شهرًا الماضية والتي تتجاوز عشرة بالمائة من إجمالي دخلهم السنوي)؛ أو
	+ أولئك الذين استنفدوا استحقاقات التأمين الصحي الخاصة بهم، والذين لديهم ما يثبت عدم قدرتهم على دفع الرسوم كاملة؛ أو
	+ وفقًا لتقدير المستشفى، يمكن للأفراد الذين يثبتون عدم قدرتهم على دفع قسطهم المشترك و/أو المبلغ المقتطع طلب تخفيض المبلغ أو الخصم منه.

### **الحد الأدنى لمعدلات الخصم**

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية، فسيتم تخفيض رسومك وفقًا لدخلك على مقياس رسوم متدرج كما يلي:

|  |  |
| --- | --- |
| **مستوى الدخل** | **الدفع** |
| أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي | الإعفاء من جميع الرسوم |
| ٪201 - ٪300 من مستوى الفقر الفيدرالي | المرضى غير المشمولين بالتامين: مقياس متدرج حتى 10% من المبلغ الذي كان سيدفعه برنامج Medicaid مقابل الخدمة (الخدمات).المرضى غير المشمولين بالتامين الكافي: حتى حد أقصى قدره 10% من المبلغ الذي كان سيتم دفعه بموجب تقاسم تكاليف التأمين لهذا المريض. |
| ٪301 - ٪400 من مستوى الفقر الفيدرالي | المرضى غير المشمولين بالتامين: مقياس متدرج حتى 20% من المبلغ الذي كان سيدفعه برنامج Medicaid مقابل الخدمة (الخدمات).المرضى غير المشمولين بالتامين الكافي: حتى حد أقصى قدره 20% من المبلغ الذي كان سيتم دفعه بموجب تقاسم تكاليف التأمين لهذا المريض. |

### **خطط التقسيط**

تتوفر خطط التقسيط للمرضى غير القادرين على سداد السعر المخفّض دفعةً واحدة. لا تتجاوز الدفعات الشهرية 5% من إجمالي دخلك الشهري، ولا يتجاوز معدل الفائدة المستحقة 2% على الرصيد غير المدفوع، إن وُجد.

# **المطالبة بإثبات دخل الأسرة**

يرجى إدراج معلومات دخل المريض والزوجة/الزوج وأي أشخاص يعولهم (مثل الأطفال). على سبيل المثال، يشمل هذا جميع الأشخاص المذكورين في الإقرار الضريبي نفسه (مُقدّم الإقرار الضريبي، والزوج/الزوجة، والأشخاص المعالين) في حساب دخل الأسرة.

فيما يلي قائمة بالوثائق التي يمكنك استخدامها لإثبات دخلك. أنت لستَ مُلزمًا بتقديم جميع هذه الوثائق. يمكنك أيضًا تقديم بيان بعدم وجود دخل للأسرة إذا لم يكن لديك دخل.

يمكنك أيضًا تقديم صفحة تحديد الأهلية المتوفرة من NY State of Health Marketplace. إذا كانت لديك هذه الوثيقة، فلن تحتاج إلى تقديم أي معلومات دخل أخرى مُدرجة أدناه إلى المستشفى.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| إذا كانت الأسرة تتلقى: | المبلغ الشهري: | يُرجى من مقدم الطلب تقديم: |
| الأجور | دولار | يرجى تقديم كشف راتب واحد، أو خطاب من جهة العمل على ورقة رسمية تحمل اسم الشركة، موَّقع ومؤرَّخ، أو إقرار ضريبة الدخل الأخير. |
| مدفوعات الضمان الاجتماعي | دولار | نسخة من خطاب/شهادة المنحة، أو مراسلة من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (Social Security Administration)، أو خطاب استحقاق سنوي. لطلب نسخة من خطاب استحقاق الضمان الاجتماعي، اتصل على 1213-772-800-1 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني [www.ssa.gov.](http://www.ssa.gov/) |
| إعانة البطالة | دولار | نسخة من خطاب/شهادة المنحة، أو كشف استحقاق شهري من وزارة العمل في ولاية نيويورك (NYS Department of Labor)، أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع نسخة مطبوعة، أو مراسلة من وزارة العمل في ولاية نيويورك، أو نسخة مطبوعة من معلومات حساب المستفيد من الموقع الإلكتروني لوزارة العمل في ولاية نيويورك ([www.labor.state.ny.us).](http://www.labor.state.ny.us/) |
| مدفوعات عن الإعاقة | دولار | نسخة من خطاب/شهادة المنحة، أو مراسلة من إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration)، أو نسخة من خطاب الاستحقاق السنوي. لطلب نسخة من خطاب استحقاقك، اتصل على 1213-772-800-1 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني [www.ssa.gov.](http://www.ssa.gov/) |
| تعويضات العمال | دولار | نسخة من خطاب المنحة أو قسيمة الشيك. |
| نفقة الزوجة/نفقة الطفل | دولار | نسخة من أمر المحكمة، أو شيكات/إيصالات صرف لثلاثة أشهر. |
| أرباح الأسهم/الفوائد | دولار | كشوف أرباح ربع سنوية أو كشوف شهرية. |
| أخرى | دولار | خطاب يوضح قيمة الدخل غير المرتبط بالأجور (إن وجد)، مثل الدخل من الإيجار، أو أجر العمل المؤقت، وما إلى ذلك. |
| لا يوجد دخل | صفر دولار | إقرار موَّقع بعدم وجود دخل. |