

## طلب المساعدة المالية من المستشفى الموحد في ولاية نيويورك

قد تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية من المستشفى لدفع فواتيرك إذا لم يكن لديك تأمين، أو إذا نفذت مخصصاتك التأمينية، أو إذا كان لديك تأمين صحي لكن لديك إثبات على دفع نفقات طبية مجموعها يتجاوز 10% من دخلك. سيؤدي إكمال هذا النموذج إلى بدء تقديم طلبك للحصول على المساعدة المالية من المستشفى. تستخدم جميع المستشفيات في ولاية نيويورك هذا النموذج.

يجب طباعة هذا الطلب باللغات الأساسية<sup>1</sup> التي يتحدث بها المرضى الذين تخدمهم المستشفى.

### اسم المريض (أكمل المعلومات التي تنطبق)

اسم المريض (الاسم الأول، الأوسط، الأخير)	
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	
العنوان	رقم الشقة/الوحدة
المدينة	الولاية
رقم هاتف الاتصال	الرمز البريدي
اسم ولي الأمر/الوصي أو الممثل القانوني (إذا كان المريض طفلاً قاصراً أو بالغاً فاقد الأهلية)	
عنوان البريد الإلكتروني (إن وجد)	

### معلومات الأسرة:

يُرجى إدراج جميع أفراد أسرته المعيشية أدناه. تشمل أسرته المعيشية أنت والزوج/الزوجة أو الشريك المنزلي وأي أطفال أو أشخاص معالين آخرين. على سبيل المثال، سيتضمن ذلك جميع الأشخاص المدرجين في نفس الإقرار الضريبي.

إجمالي الدخل يعني دخلك قبل خصم الضرائب.

يمكن أن يتكون إجمالي الدخل من مكاسب العمل (الأجور والرواتب والإكراميات ومكاسب العمل الحر)، والدخل غير المكتسب (مخصصات الضمان الاجتماعي والإعاقاة والبطالة)، والمساهمات (الأموال من الأسرة أو الأصدقاء)، ومصادر الدخل الأخرى (المساعدات المؤقتة ودخل الضمان التكميلي).

الاسم الكامل	العلاقة	إجمالي الدخل الكلي (الحالي)
	الشخص نفسه	

يمكن أن تطلب منك المستشفى تقديم وثائق كإثبات للدخل، وقد تتضمن أمثلة الوثائق كعب الراتب أو خطاباً من صاحب عملك إذا كان هذا ينطبق، أو نموذج 1040.

<sup>1</sup> تتضمن "اللغات الأساسية" أي لغة تُستخدم للتواصل في 5% على الأقل من زيارات المرضى كل عام أو أي لغة يتحدث بها أكثر من 1% من السكان الموجودين في منطقة خدمة المستشفى الأساسية، كما هو محسوب باستخدام المعلومات الديموغرافية المتاحة من مكتب التعداد في الولايات المتحدة، ومدعوم بالبيانات من أنظمة المدارس.

### حالة التأمين الصحي

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

إذا كانت إجابتك "لا"، فهل تود المساعدة في التقدم بطلب لأي من هذه البرامج؟

نعم  لا

المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كاف: الأشخاص الذين لديهم تأمين ونفقات طبية مرتفعة. إذا كان لديك تأمين، يُرجى تقديم تقدير للفواتير الطبية التي دفعتها خلال آخر 12 شهرًا.

دولار

يمكن أن تطلب منك المستشفى تقديم وثائق كإثبات للنفقات الطبية المدفوعة.

المريض/الطرف المسؤول: إذا لم يكن الموقع هو المريض، فاذكر اسم الشخص الذي يوقع على النموذج وسلطته للتوقيع نيابة عن المريض (مثل الزوج/الزوجة، ولي الأمر، الممثل القانوني).

أفهم أن المعلومات التي أقدمها قد تخضع للتحقق من مصادر خارجية. أشهد أن المعلومات صحيحة وكاملة على حد علمي.

الاسم بأحرف واضحة	التاريخ
العلاقة بالمريض	
التوقيع	

## الحد الأدنى للأهلية والإرشادات

### الجدول الزمني للتقديم، وحقوق المريض، والسرية

- يمكنك تقديم طلب للحصول على المساعدة المالية في أي وقت خلال عملية التحصيل.
- لا يتعين عليك دفع أي مبلغ لهذه المستشفى حتى تتلقى قرارًا بشأن طلبك للحصول على المساعدة المالية. ولا يجوز للمستشفيات تحويل الحسابات إلى التحصيل بينما يكون طلبك قيد النظر.
- إذا رُفض إعطاؤك المساعدة المالية، يحق لك الاستئناف. وسيضمن إخطار المستشفى الذي تتلقاه معلومات حول كيفية القيام بذلك. قد يحق لك الاستئناف على مبلغ المساعدة المالية. سنُدراج المستشفى معلومات بشأن كيفية الاستئناف في خطاب القرار الذي تصدره.
- لا يمكن للمستشفيات إرسال الفواتير غير المدفوعة إلى وكالة تحصيل لمدة 180 يومًا على الأقل بعد تاريخ فاتورتك الأولى.
- يُحظر على المستشفيات اتخاذ إجراءات قانونية، بما في ذلك رفع الدعاوى القضائية، لاسترداد الفواتير الطبية غير المدفوعة في حالة المرضى الذين يقل دخلهم عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي. يمكن العثور على إرشادات مستوى الفقر هنا: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- لن تُستخدم أي معلومات مقدمة في هذا الطلب إلا من قبل المستشفى لتحديد أهليتك للحصول على المساعدة المالية، وستبقى سرية بقدر ما يسمح به القانون.
- لا يمكن للمستشفى حرمانك من الخدمات الضرورية طبيًا لأن لديك فاتورة طبية مستحقة.
- إذا احتجت إلى المساعدة في هذا الطلب، يُرجى التواصل مع مكتب المساعدة المالية في (اسم المستشفى) على رقم (رقم الهاتف).
- إذا احتجت إلى مساعدة إضافية في هذا الطلب أو مساعدة في الاستئناف على أحد القرارات، يمكنك التواصل مع برنامج مسؤولي دعم الصحة المجتمعية (Community Health Advocates): 888-614-5400.

### الأهلية

لا يوجد ما يحد قدرة المستشفى على تحديد أهلية المريض للحصول على خصومات الدفع عند مستويات دخل أعلى من تلك المحددة أدناه و/أو تقديم خصومات دفع للمرضى المؤهلين أكبر من الخصومات التي يتطلبها قانون الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، لن تكون حالة الهجرة أحد معايير الأهلية بغرض تحديد المساعدة المالية.

الأفراد المذكورون أدناه مؤهلون:

- الأفراد ذوو الدخل المنخفض الذين ليس لديهم تأمين صحي، أو
- الأفراد غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ (تراكمت التكاليف الطبية التي يدفعها المريض من ماله الخاص خلال الاثني عشر شهرًا الماضية بما يصل إلى أكثر من عشرة بالمائة من إجمالي الدخل السنوي لهذا الفرد)، أو
- الأشخاص الذين استنفدوا مخصصات تأمينهم الصحي ويمكنهم إثبات عدم قدرتهم على دفع الرسوم كاملة، أو
- وفقًا لتقدير المستشفى، فإن الأفراد الذين يمكنهم إثبات عدم قدرتهم على دفع المدفوعات المشتركة و/أو المبالغ المقتطعة يمكنهم طلب تخفيض المدفوعات أو الخصم منها.

الأفراد الذين يصل دخلهم إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي مؤهلون للحصول على المساعدة المالية.

مستويات الفقر الفيدرالية (2024)			
400%	300%	200%	حجم الأسرة المعيشية
60,240 دولارًا	45,180 دولارًا	30,120 دولارًا	شخص واحد
81,760 دولارًا	61,320 دولارًا	40,880 دولارًا	شخصان
103,280 دولارًا	77,460 دولارًا	51,640 دولارًا	3 أشخاص
124,800 دولار	93,600 دولار	62,400 دولار	4 أشخاص
146,320 دولارًا	109,740 دولارًا	73,160 دولارًا	5 أشخاص

6 أشخاص	83,920 دولارًا	125,880 دولارًا	167,840 دولارًا
7 أشخاص	94,680 دولارًا	142,020 دولارًا	189,360 دولارًا

يُجرى تحديثها سنويًا: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### الحد الأدنى لمعدلات الخصم

إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، فسوف تُخفّض الرسوم وفقًا لدخلك على مقياس رسوم متدرج حسبما يلي

الدفع	مستوى الدخل
التنازل عن جميع الرسوم	أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)
المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس متدرج يصل إلى 10% من المبلغ الذي كان سيدفعه برنامج Medicaid مقابل الخدمة (الخدمات).	200% - 300% من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كاف: حتى 10% بحد أقصى من المبلغ الذي كان سيدفع وفقًا لتقاسم تكاليف التأمين الخاص بهذا المريض.	
المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس متدرج يصل إلى 20% من المبلغ الذي كان سيدفعه برنامج Medicaid مقابل الخدمة (الخدمات).	301% - 400% من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كاف: حتى 20% بحد أقصى من المبلغ الذي كان سيدفع وفقًا لتقاسم تكاليف التأمين الخاص بهذا المريض.	

يمكن أن تختار المستشفيات تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين و/أو تقديم خصومات دفع للمرضى عند مستويات دخل أعلى.

### خطط التقسيط

تتوفر خطط التقسيط للمرضى غير القادرين على دفع السعر المخفض دفعة واحدة. لا يمكن أن تتجاوز المدفوعات الشهرية 5% من إجمالي دخلك الشهري، ومعدل الفائدة المفروضة على المريض على الرصيد غير المدفوع، إن وجد، لن يتجاوز 2%.

## طلب إثبات دخل الأسرة المعيشية

يُرجى تضمين معلومات الدخل للمريض وزوجته/زوج المريض وأي أشخاص معالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، سيتضمن ذلك جميع الأشخاص الموجودين في نفس الإقرار الضريبي (مقدم الإقرار الضريبي والزوج/الزوجة والمعالين من دافع الضرائب) في حساب دخل الأسرة المعيشية.

فيما يلي قائمة بالمستندات التي يمكنك استخدامها لإثبات ذلك. لا يتعين عليك تقديم كل هذه المستندات. يمكنك أيضاً تقديم بيان بعدم وجود دخل للأسرة المعيشية إذا لم يكن لديك دخل.

يمكنك أيضاً تقديم صفحة قرار الأهلية من NY State of Health Marketplace. إذا كان لديك هذا المستند، لا يتعين عليك تقديم أي من معلومات الدخل الأخرى المدرجة أدناه إلى المستشفى.

إذ كانت الأسرة المعيشية تتلقى:	المبلغ في الشهر:	يجوز لمقدم الطلب تقديم:
الأجور	دولار	يُرجى تقديم كعب شيك راتب واحد أو خطاب موقع ومؤرخ من صاحب العمل على ورق الشركة الرسمي، أو آخر إقرار ضريبي للدخل تم تقديمه.
مدفوعات الضمان الاجتماعي	دولار	نسخة من خطاب/شهادة المنح، أو المراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي بالولايات المتحدة، أو خطاب المخصصات السنوية. لطلب نسخة من خطاب مخصصات الضمان الاجتماعي، اتصل برقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
تعويضات البطالة	دولار	نسخة من خطاب/شهادة المنح، أو بيان المخصصات الشهرية من إدارة العمل بولاية نيويورك، أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع نسخة مطبوعة، أو المراسلات من إدارة العمل بولاية نيويورك، أو نسخة مطبوعة من معلومات حساب المتلقي من الموقع الإلكتروني لإدارة العمل بولاية نيويورك ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
مدفوعات الإعاقة	دولار	نسخة من خطاب/شهادة المنح، أو المراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي، أو نسخة من خطاب المخصصات السنوية. لطلب نسخة من خطاب مخصصاتك، اتصل برقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
تعويضات العمال	دولار	نسخة من خطاب المنح أو كعب الشيك.
النفقة/إعالة الطفل	دولار	نسخة من أمر المحكمة، أو الشيكات/الإيصالات المصروفة لـ 3 أشهر.
توزيعات الأرباح/الفوائد	دولار	كشوف توزيعات الأرباح ربع السنوية أو كشوف شهر واحد.
غير ذلك	دولار	خطاب يوضح مقدار المكاسب غير المتعلقة بالأجور (إن وجدت)، مثل دخل الإيجار أو الأموال مقابل الأعمال المتفرقة، وما إلى ذلك.
لا يوجد دخل	0 دولار	بيان موقع بعدم وجود دخل