

درخواست کمک مالی یکنواخت شفاخانه NYS

Trinity Health برای خدمات شفاخانه و حرفه ای ارائه شده توسط مراکز و داکتران

شما ممکن است واجد شرایط کمک مالی شفاخانه برای پرداخت صورتحساب های خود باشید اگر بیمه صحتی ندارید، اگر بیمه شما به پایان رسیده باشد، یا اگر بیمه صحتی دارید اما اسنادی از مصارف طبی پرداخت شده بیش از 10% عایدتان ارائه کنید. با تکمیل این فرم درخواست شما برای کمک مالی شفاخانه آغاز می شود. این فرم توسط تمامی شفاخانه های ایالت نیویارک استفاده می شود. ما یک ترجمان را به صورت رایگان در اختیار شما قرار می دهیم تا بتوانیم معلومات مورد نیاز را به زبان انگلیسی جمع آوری کنیم.

شخصی و محرمانه

[اسم ضمانت کننده Smarttext]

[آدرس ضمانت کننده Smarttext]

[تاریخ Smarttext]

ضمانت کننده: [ضمانت کننده Smarttext]

شماره پرونده: [Smarttext]

مریضان شامل در پرونده:

[Smarttext اسم مریض(ها)]

محترم [اسم مریض Smarttext]،

از اینکه [RHM Smarttext] را به عنوان ارائه دهنده مراقبت های صحتی خود انتخاب کردید متشکریم. لطفاً درخواست پیوست شده را تکمیل کرده و به آدرس زیر بازگردانید تا ارزیابی کمک مالی شما تکمیل شود.

اگر سوالی دارید، لطفاً با مرکز خدمات مشتریان ما به شماره 800-494-5797 تماس بگیرید، از دوشنبه تا جمعه بین ساعت 9:00 صبح تا 5:00 عصر. پس از احوال پرسی، گزینه 1 را انتخاب کرده و سپس برای دسترسی به نماینده، گزینه 2 را انتخاب کنید. لطفاً زبان مورد نظر خود را بگویید، ما یک ترجمان را در خط قرار خواهیم داد.

با احترام،

خدمات مالی مریضان شرکت Trinity Health

به نمایندگی از [RHM Smarttext]

Victor Parkway 20555

Livonia, MI 48152

درخواست کمک مالی یکنواخت شفاخانه NYS

Trinity Health برای خدمات شفاخانه و حرفه ای ارائه شده توسط مراکز و داکتران

شما ممکن است واجد شرایط کمک مالی شفاخانه برای پرداخت صورتحساب های خود باشید اگر بیمه صحتی ندارید، اگر بیمه شما به پایان رسیده باشد، یا اگر بیمه صحتی دارید اما اسنادی از مصارف طبی پرداخت شده بیش از 10% عایدتان ارائه کنید. با تکمیل این فرم درخواست شما برای کمک مالی شفاخانه آغاز می شود. این فرم توسط تمامی شفاخانه های ایالت نیویارک استفاده می شود. ما یک ترجمان را به صورت رایگان در اختیار شما قرار می دهیم تا بتوانیم معلومات مورد نیاز را به زبان انگلیسی جمع آوری کنیم.

اسم مریض (معلومات مربوطه را تکمیل کنید)		
اسم مریض (اسم، اسم میانه، تخلص)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	
شماره تماس تیلیفون #		
آدرس پستی	اپارتمان/واحد #	
شهر	ایالت	کود پستی
اسم والدین/سرپرست یا نماینده قانونی (اگر مریض طفل نابالغ یا بزرگسال ناتوان باشد)		
آدرس ایمیل		
اسم مکمل	قربانیت	مجموع عاید ناخالص (فعلی)
شفاخانه ممکن است از شما بخواهد تا اسنادی به عنوان اثبات عاید ارائه دهید، نمونه های از اسناد می تواند شامل ورق معاش، نامه ای از کارفرمای شما در صورت لزوم، یا فرم 1040 باشد.		

درخواست کمک مالی یکنواخت شفاخانه NYS

برای خدمات شفاخانه و حرفه ای ارائه شده توسط مراکز و داکتران Trinity Health

شما ممکن است واجد شرایط کمک مالی شفاخانه برای پرداخت صورتحساب های خود باشید اگر بیمه صحتی ندارید، اگر بیمه شما به پایان رسیده باشد، یا اگر بیمه صحتی دارید اما اسنادی از مصارف طبی پرداخت شده بیش از 10% عایدتان ارائه کنید. با تکمیل این فرم درخواست شما برای کمک مالی شفاخانه آغاز می شود. این فرم توسط تمامی شفاخانه های ایالت نیویارک استفاده می شود. ما یک ترجمان را به صورت رایگان در اختیار شما قرار می دهیم تا بتوانیم معلومات مورد نیاز را به زبان انگلیسی جمع آوری کنیم.

وضعیت بیمه صحتی

آیا شما هر یک از انواع بیمه صحتی دارید، از جمله Medicare، Medicaid، یا بیمه خصوصی از طریق کارفرمای خود یا خریداری شده به صورت شخصی؟ بلی نخیر

اگر پاسخ شما "نخیر" بود، آیا مایلید در درخواست برای هر یک از این برنامه ها کمک دریافت کنید؟ بلی نخیر

مریضان با بیمه ناکافی: افرادی که بیمه دارند اما هزینه های طبی بالایی دارند. اگر بیمه دارید، لطفاً برآوردی از صورتحساب های طبی که در 12 ماه گذشته پرداخت کرده اید، ارائه دهید.

\$

شفاخانه ممکن است از شما بخواهد تا اسنادی به عنوان اثبات هزینه های طبی پرداخت شده ارائه دهید.

مریض/طرف مسئول: اگر مریض نباشد، اسم فردی که فرم را امضا می کند و اختیار امضا به نمایندگی از مریض را دارد (مانند همسر، والدین، نماینده قانونی) ذکر کنید.

من می دانم که معلوماتی را که ارائه می کنم ممکن است تحت تأیید از منابع بیرونی قرار گیرد. من تصدیق می کنم که معلومات تا جایی که من می دانم درست و کامل است.

تاریخ

اسم چاپی
قرابت با مریض

امضاء

لطفاً درخواست خود را به آدرس فوق پست کنید، به فکس شماره 312-871-3350 ارسال نمایید و یا اسناد را از طریق MyChart (پورتال مریض) اپلود کنید - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> اگر سوالی دارید، لطفاً با مرکز خدمات مشتریان ما به شماره 800-494-5797 تماس بگیرید، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 9 صبح تا 5 عصر. ET.

حداقل واجد شرایط بودن و دستورالعمل ها

جدول زمانی درخواست، حقوق مریض، و محرمانه بودن

شما می توانید در هر مرحله از پروسه جمع آوری، درخواست کمک مالی دهید.

- شما تا زمانی که تصمیمی در مورد درخواست کمک مالی شما گرفته نشود، نیازی به پرداخت هیچ مبلغی به این شفاخانه ندارید. شفاخانه ها نمی توانند محاسبین را در حالی که درخواست شما در حال بررسی است به جمع آوری ارسال کنند.
- اگر درخواست کمک مالی شما رد شود، شما حق اعتراض دارید. معلومات مربوط به نحوه اعتراض در اطلاعیه ای که از شفاخانه دریافت می کنید، گنجانده خواهد شد. شما ممکن است حق اعتراض به اندازه مبلغ کمک مالی خود را داشته باشید. شفاخانه معلومات مربوط به نحوه اعتراض را در نامه تصمیم گیری خود شامل خواهد کرد.
- شفاخانه ها نمی توانند صورتحساب های پرداخت نشده را برای حداقل 180 روز پس از اولین صورتحساب شما به یک نمایندگی جمع آوری ارسال کنند.

• شفاخانه ها از اقدام قانونی، از جمله طرح دعوی حقوقی، برای بازیابی صورتحساب های طبی پرداخت نشده از مریضان با عاید کمتر از 400% سطح فقر فدرال، منع شده اند. دستورالعمل های فقر را می توانید در اینجا ببینید: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

درخواست کمک مالی یکنواخت شفاخانه NYS

Trinity Health برای خدمات شفاخانه و حرفه ای ارائه شده توسط مراکز و داکتران

شما ممکن است واجد شرایط کمک مالی شفاخانه برای پرداخت صورتحساب های خود باشید اگر بیمه صحتی ندارید، اگر بیمه شما به پایان رسیده باشد، یا اگر بیمه صحتی دارید اما اسنادی از مصارف طبی پرداخت شده بیش از 10% عایدتان ارائه کنید. با تکمیل این فرم درخواست شما برای کمک مالی شفاخانه آغاز می شود. این فرم توسط تمامی شفاخانه های ایالت نیویارک استفاده می شود. ما یک ترجمان را به صورت رایگان در اختیار شما قرار می دهیم تا بتوانیم معلومات مورد نیاز را به زبان انگلیسی جمع آوری کنیم.

- هر معلوماتی که در این درخواست ارائه شود، تنها توسط شفاخانه برای تعیین واجد شرایط بودن شما برای کمک مالی استفاده خواهد شد و تا حدی که قانون اجازه دهد، محرمانه باقی خواهد ماند.
- شفاخانه نمی تواند خدمات صحتی ضروری را به دلیل داشتن صورتحساب طبی پرداخت نشده به شما رد کند.
- اگر در این درخواست به کمک نیاز دارید، لطفاً با دفتر کمک مالی (اسم شفاخانه) به شماره (شماره تیلیفون) تماس بگیرید.
- اگر در این درخواست به کمک اضافی یا برای اعتراض به یک تصمیم به کمک نیاز دارید، می توانید با وکلای مدافع صحتی جامعه تماس بگیرید: 888-614-5400.

واجد شرایط بودن

هیچ چیزی توانایی شفاخانه را برای تعیین واجد شرایط بودن مریض برای تخفیف های پرداختی در سطوح عواید بالاتر از آنچه که در زیر مشخص شده و/یا ارائه تخفیف های بیشتر به مریضان واجد شرایط بیشتر از آنچه که قانون صحت عامه الزام می کند، محدود نمی کند. علاوه بر این، وضعیت مهاجرتی نباید معیاری برای واجد شرایط بودن به منظور تعیین کمک مالی باشد.

افراد زیر واجد شرایط هستند:

افراد با عاید کم بدون بیمه صحتی؛ یا

- افراد با بیمه ناکافی (هزینه های صحتی پرداخت شده از جیب در دوازده ماه گذشته که بیشتر از ده درصد عاید ناخالص سالانه آن فرد باشد)؛ یا
- افرادی که مزایای بیمه صحتی خود را تمام کرده اند و می توانند نشان دهند که قادر به پرداخت هزینه های کامل نیستند؛ یا
- بنا به صلاحدید شفاخانه، افرادی که می توانند ناتوانی در پرداخت سهم بیمه و/یا کسر خود را نشان دهند، می توانند درخواست کاهش یا تخفیف پرداخت کنند.

افراد تا 400% سطح فقر فدرال واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند.

سطوح فقر فدرال (2024)

اندازه خانواده	200%	300%	400%
1 نفر	30,120\$	45,180\$	60,240\$
2 نفر	40,880\$	61,320\$	81,760\$
3 نفر	51,640\$	77,460\$	103,280\$
4 نفر	62,400\$	93,600\$	124,800\$
5 نفر	73,160\$	109,740\$	146,320\$
6 نفر	83,920\$	125,880\$	167,840\$
7 نفر	94,680\$	142,020\$	189,360\$

به روز رسانی سالانه: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

حداقل نرخ های تخفیف

درخواست کمک مالی یکنواخت شفاخانه NYS

برای خدمات شفاخانه و حرفه ای ارائه شده توسط مراکز و داکتران Trinity Health

شما ممکن است واجد شرایط کمک مالی شفاخانه برای پرداخت صورتحساب های خود باشید اگر بیمه صحتی ندارید، اگر بیمه شما به پایان رسیده باشد، یا اگر بیمه صحتی دارید اما اسنادی از مصارف طبی پرداخت شده بیش از 10% عایدتان ارائه کنید. با تکمیل این فرم درخواست شما برای کمک مالی شفاخانه آغاز می شود. این فرم توسط تمامی شفاخانه های ایالت نیویارک استفاده می شود. ما یک ترجمان را به صورت رایگان در اختیار شما قرار می دهیم تا بتوانیم معلومات مورد نیاز را به زبان انگلیسی جمع آوری کنیم.

اگر واجد شرایط کمک مالی باشید، هزینه های شما طبق عایدتان بر اساس مقیاس نشیب به شرح زیر کاهش خواهد یافت:	
پرداخت	سطح عاید
لغو تمامی هزینه ها	تحت 200% سطح فقر فدرال
مریضان بدون بیمه: مقیاس نشیبی تا 10% از مبلغی که Medicaid برای خدمات پرداخت می کرد. مریضان با بیمه ناکافی: حداکثر تا 10% از مبلغی که طبق سهم هزینه بیمه آن مریض پرداخت می شد.	200% - 300% سطح فقر فدرال
مریضان بدون بیمه: مقیاس نشیبی تا 20% از مبلغی که Medicaid برای خدمات پرداخت می کرد. مریضان با بیمه ناکافی: حداکثر تا 20% از مبلغی که طبق سهم هزینه بیمه آن مریض پرداخت می شد.	301% - 400% سطح فقر فدرال
شفاخانه ممکن است تصمیم بگیرند تخفیف های بیشتری برای مریضان واجد شرایط ارائه دهند و/یا تخفیف های پرداختی برای مریضان با سطوح عاید بالاتر ارائه کنند.	
پلان های اقساطی	
پلان های اقساطی برای مریضانی که قادر به پرداخت یکجا مبلغ کاهش یافته نیستند، در دسترس است. پرداخت های ماهانه نمی تواند از 5% عاید ناخالص ماهانه شما بیشتر باشد و نرخ سودی که برای موجودی پرداخت نشده از مریض دریافت می شود، در صورت وجود، نباید از 2% بیشتر باشد.	

درخواست کمک مالی یکنواخت شفاخانه NYS

برای خدمات شفاخانه و حرفه ای ارائه شده توسط مراکز و داکتران Trinity Health

شما ممکن است واجد شرایط کمک مالی شفاخانه برای پرداخت صورتحساب های خود باشید اگر بیمه صحتی ندارید، اگر بیمه شما به پایان رسیده باشد، یا اگر بیمه صحتی دارید اما اسنادی از مصارف طبی پرداخت شده بیش از 10% عایدتان ارائه کنید. با تکمیل این فرم درخواست شما برای کمک مالی شفاخانه آغاز می شود. این فرم توسط تمامی شفاخانه های ایالت نیویارک استفاده می شود. ما یک ترجمان را به صورت رایگان در اختیار شما قرار می دهیم تا بتوانیم معلومات مورد نیاز را به زبان انگلیسی جمع آوری کنیم.

درخواست برای اثبات عاید خانواده

لطفاً معلومات عواید مریض، همسر و هر وابسته (مانند فرزندان) را درج کنید. به طور مثال، این شامل همه افراد که در همان اظهارنامه مالیاتی (پرونده مالیاتی، همسر و افراد تحت تکفل مالیاتی) در محاسبه عواید خانواده قرار دارند.

در زیر لیستی از اسنادی است که می توانید برای اثبات عاید خود از آنها استفاده کنید. شما مجبور نیستید

همه این اسناد را ارائه دهید. شما همچنین می توانید اظهارنامه عدم عواید خانواده را در صورت وجود ارائه دهید اگر شما هیچ عایدی وجود ندارد.

شما همچنین می توانید صفحه تعیین واجد شرایط بودن از بازار صحت ایالت نیویارک را ارائه دهید. اگر این اسناد را دارید، نیازی به ارائه هیچ یک از معلومات عوایدی دیگر که در زیر ذکر شده به شفاخانه ندارید.

درخواست دهنده ممکن است ارائه دهد:	مبلغ در ماه:	اگر خانواده دریافت می کند:
لطفاً یک چک معاش، یا نامه ای از کارفرما بر روی سربرگ شرکت، امضا شده و تاریخ دار، یا جدید ترین اظهارنامه مالیاتی خود را ارائه دهید.	\$	معاش
کاپی نامه/سند جایزه، یا مکاتبات از اداره تأمین اجتماعی ایالات متحده، یا نامه مزایای سالانه. برای درخواست یک کاپی از نامه مزایای تأمین اجتماعی، با شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید یا به www.ssa.gov مراجعه کنید.	\$	پرداخت تأمین اجتماعی
کاپی نامه/سند جایزه، یا صورت حساب ماهانه مزایا از اداره کار NYS، یا کاپی کارت پرداخت مستقیم با گزارش چاپ شده، یا مکاتبات از اداره کار NYS، یا چاپی از معلومات حساب دریافت کننده از وب سایت اداره کار NYS (www.labor.state.ny.us).	\$	غرامت بیکاری
کاپی نامه/سند جایزه، یا مکاتبات از اداره تأمین اجتماعی، یا کاپی نامه مزایای سالانه. برای درخواست کاپی از نامه مزایای خود، با شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید یا به www.ssa.gov مراجعه کنید.	\$	پرداخت ناتوانی
کاپی نامه جایزه یا چک	\$	غرامت کارگران
کاپی حکم محکمه یا 3 ماه چک ها/رسیدهای نقد شده.	\$	نفقه/حمایت فرزند
صورت حساب های سود سهام سه ماهه یا صورت حساب های 1- ماهه.	\$	سود سهام/بهره
نامه ای که مبلغ عاید غیر معاش (در صورت وجود) را ذکر کند، مانند عاید اجاره، پول برای کارهای مقطعی و غیره.	\$	سایر
بیانیه امضا شده مبنی بر عدم عاید	\$	عدم عاید