



## 纽约州统一医院财务援助申请表

适用于 Trinity Health 旗下设施和医生提供的医院及专业服务

如果您没有保险、保险已经用尽，或者虽然有健康保险但已支付的医疗费用总额超过您收入的 10%，您可能  
有资格申请医院财务援助来支付账单。填写此表格将启动医院财务援助申请程序。本表格适用于纽约州所有医  
院。我们将免费为您提供口译服务，以便我们用英语收集所需信息。

个人及隐私信息

担保人：  
病例编号：  
患者姓名：

亲爱的

感谢您选择 [St. Peter's Health Partners](#) 作为您的医疗服务提供者。请填写随附的申请表，并寄回以下地址以完  
成对您财务援助的评估。

如果您有任何疑问，请拨打我们的客户服务中心电话 800-494-5797，服务时间为周一至周五上午 9:00 至下午  
5:00（美国东部时间）。接听问候语后，请选择 1，然后选择 2 联系代表。请说明您需要的语言，我们会为您  
安排口译员接听电话。

此致  
敬礼

Trinity Health 企业患者财务服务  
代表 [St. Peter's Health Partners]  
地址：20555 Victor Parkway  
Livonia, MI 48152



**纽约州统一医院财务援助申请表**

适用于 Trinity Health 旗下设施和医生提供的医院及专业服务

如果您没有保险、保险已经用尽，或者虽然有健康保险但已支付的医疗费用总额超过您收入的 10%，您可能  
有资格申请医院财务援助来支付账单。填写此表格将启动医院财务援助申请程序。本表格适用于纽约州所有医  
院。我们将免费为您提供口译服务，以便我们用英语收集所需信息。

<b>患者姓名（填写适用的信息）</b>		
患者姓名（名，中间名，姓）	生日（日日/月月/年年年年）	
联系电话 #		
邮寄地址	房间号码#	
城市	州	邮编
父母/监护人或法定代表人姓名（如果患者是未成年儿童或无行为能力的成人）		
邮箱地址		
<b>全名</b>	<b>关系</b>	<b>总毛收入（当前）</b>
医院可能会要求您提交收入证明文件，例如工资单、雇主出具的信函（如适用）或 1040 表格。		



### 纽约州统一医院财务援助申请表

适用于 Trinity Health 旗下设施和医生提供的医院及专业服务

如果您没有保险、保险已经用尽，或者虽然有健康保险但已支付的医疗费用总额超过您收入的 10%，您可能有资格申请医院财务援助来支付账单。填写此表格将启动医院财务援助申请程序。本表格适用于纽约州所有医院。我们将免费为您提供口译服务，以便我们用英语收集所需信息。

#### 医疗保险状态

您是否拥有任何形式的健康保险，包括医疗补助 (Medicaid)、医疗保险 (Medicare) 或通过雇主提供的私人保险，或自行购买的保险？  是  否

如果您的回答是“否”，您是否需要协助申请这些项目？  是  否

**保险不足的患者：**指拥有保险但医疗费用较高的人。如果您有保险，请提供过去 12 个月内您已支付医疗账单的估算金额。

\$

医院可能会要求您提交已支付医疗费用的证明文件。

患者/责任方：如果签署表格的人不是患者，请列出签署人姓名及其代表患者签署的权限（例如：配偶、父母、法定代表人）。

我明白我提交的信息可能会通过外部渠道进行核实。我保证据我所知，所提供的信息真实且完整。

姓名：  
与患者的关系：

日期

签字

请将您的申请邮寄至上述地址，传真至 312-871-3350，或通过 MyChart 上传文件 - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>

如果您有任何疑问，请联系客户服务中心，电话 800-494-5797，服务时间为周一至周五上午 9 点至下午 5

最低资格和指南



## 纽约州统一医院财务援助申请表

适用于 Trinity Health 旗下设施和医生提供的医院及专业服务

如果您没有保险、保险已经用尽，或者虽然有健康保险但已支付的医疗费用总额超过您收入的 10%，您可能有资格申请医院财务援助来支付账单。填写此表格将启动医院财务援助申请程序。本表格适用于纽约州所有医院。我们将免费为您提供口译服务，以便我们用英语收集所需信息。

### 申请时间线、患者权利和保密性

您可以在催收过程中随时申请财务援助。

- 在您收到财务援助申请结果之前，您无需向医院支付任何费用。在您的申请待处理期间，医院不得将账单转交催收。
- 如果您的财务援助申请被拒绝，您有权提出申诉。医院的通知中将包含如何申诉的信息。您也有权对财务援助金额提出申诉。医院的决定信中会包含相关申诉程序的信息。
- 医院在您收到第一张账单后的至少 180 天内，不得将未支付的账单转交给催收机构。
- 对于收入低于联邦贫困线 400% 的患者，医院不得采取法律行动（包括提起诉讼）追讨未支付的医疗账单。贫困指南请见：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 本申请中提供的任何信息仅用于医院确定您是否符合财务援助资格，并将在法律允许的范围内保持保密。
- 医院不得因您有未支付的医疗账单而拒绝向您提供必要的医疗服务。
- 如果您需要此申请表的协助，请联系（医院名称）财务援助办公室，电话为（电话号码）。
- 如果您需要更多帮助完成此申请或对决定提出申诉，请联系社区健康倡导者：888-614-5400。

### 资格

医院可自行决定在以下规定收入水平之上提供付款折扣，和/或为符合条件的患者提供比公共卫生法要求更大的付款折扣。此外，移民身份不得作为决定财务援助资格的条件。

以下人员符合资格：

- 没有健康保险的低收入个人；或
- 保险不足的个人（过去十二个月累计的自付医疗费用超过其年度总收入的 10%）；或
- 健康保险福利已用尽并且无法支付全额费用的个人；或
- 在医院自行决定下，无法支付共付额和/或免赔额的个人可申请减少或折扣支付。

收入不超过联邦贫困线 400% 的个人可申请财务援助。



**纽约州统一医院财务援助申请表**

适用于 Trinity Health 旗下设施和医生提供的医院及专业服务

如果您没有保险、保险已经用尽，或者虽然有健康保险但已支付的医疗费用总额超过您收入的 10%，您可能会有资格申请医院财务援助来支付账单。填写此表格将启动医院财务援助申请程序。本表格适用于纽约州所有医院。我们将免费为您提供口译服务，以便我们用英语收集所需信息。

联邦贫困线 (2026)			
家庭人口数量	200%	300%	400%
1 人	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2 人	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3 人	\$54,640	\$81,960	\$109,280
4 人	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5 人	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6 人	\$88,720	\$133,080	\$177,440
7 人	\$100,080	\$150,120	\$200,160

数据每年更新: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

**最低折扣额度**

如果您符合财务援助资格，您的费用将根据您的收入按以下分级收费标准减少：

收入线	收费
低于联邦贫困线 200%	免除所有费用
处于联邦贫困线 200% - 300% 之间	无保险患者：按照分级标准，最多支付相当于医疗补助为相关服务支付金额的 10%。 保险不足的患者：最多支付其保险分摊费用金额的 10%。
处于联邦贫困线 301% - 400% 之间	无保险患者：按照分级标准，最多支付相当于医疗补助为相关服务支付金额的 20%。 保险不足的患者：最多支付其保险分摊费用金额的 20%。

医院可以选择为符合条件的患者提供更大的折扣，和/或为收入较高的患者提供付款折扣。

**分期付款计划**



### 纽约州统一医院财务援助申请表

适用于 Trinity Health 旗下设施和医生提供的医院及专业服务

如果您没有保险、保险已经用尽，或者虽然有健康保险但已支付的医疗费用总额超过您收入的 10%，您可能  
有资格申请医院财务援助来支付账单。填写此表格将启动医院财务援助申请程序。本表格适用于纽约州所有医  
院。我们将免费为您提供口译服务，以便我们用英语收集所需信息。

对于无法一次性支付减免费用的患者，可以选择分期付款计划。每月付款不得超过您月总收入的 5%，未  
付余额的利率（如有）不得超过 2%。



**纽约州统一医院财务援助申请表**

适用于 Trinity Health 旗下设施和医生提供的医院及专业服务

如果您没有保险、保险已经用尽，或者虽然有健康保险但已支付的医疗费用总额超过您收入的 10%，您可能有资格申请医院财务援助来支付账单。填写此表格将启动医院财务援助申请程序。本表格适用于纽约州所有医院。我们将免费为您提供口译服务，以便我们用英语收集所需信息。

**家庭收入证明要求**

请提供患者、配偶及任何受抚养人（如子女）的收入信息。例如，计算家庭收入时，包括报税人、配偶和受抚养人在内的所有人员。

以下是可以用作收入证明的文件清单。您无需提供所有这些文件。如果您没有收入，也可以提交无收入声明。

您也可以提供纽约州健康保险市场（NY State of Health Marketplace）的资格认定页面。如果您有此文件，则无需向医院提供以下列出的任何其他收入信息。

如果家庭收入来源为:	每月金额	申请人可提供:
工资	\$	请提供一份工资单，或雇主使用公司抬头信签署并注明日期的证明信，或最近提交的所得税申报表。
社会保障金支付	\$	社会保障金确认信/证书副本，美国社会保障管理局的信函或年度福利信函。要获取社会保障福利信函的副本，请拨打 1-800-772-1213 或访问 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 。
失业救济金	\$	救济金确认信/证书副本，或纽约州劳动部的每月福利声明，或直接付款卡的副本及打印件，或纽约州劳动部的信函，或从纽约州劳动部网站（ <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ）打印的账户信息。
残疾津贴	\$	确认信/证书副本，或美国社会保障管理局的信函，或年度福利信函副本。要获取福利信函的副本，请拨打 1-800-772-1213 或访问 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 。
工伤赔偿	\$	确认信副本或支票存根。
离婚赡养费/子女抚养费	\$	法院命令副本，或已兑现的 3 个月支票/收据。
股息/利息	\$	季度股息声明或 1 个月的声明。
其他	\$	说明非工资收入金额的信函（如租金收入、零工收入等）。
无收入	\$	签署的无收入声明。



### 纽约州统一医院财务援助申请表

适用于 Trinity Health 旗下设施和医生提供的医院及专业服务

如果您没有保险、保险已经用尽，或者虽然有健康保险但已支付的医疗费用总额超过您收入的 10%，您可能  
有资格申请医院财务援助来支付账单。填写此表格将启动医院财务援助申请程序。本表格适用于纽约州所有医  
院。我们将免费为您提供口译服务，以便我们用英语收集所需信息。