

الطلب الموحد للحصول على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى بولاية نيويورك
(NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application)
نظير خدمات التطبيب والخدمات المهنية التي توفرها مرافق وأطباء Trinity Health

قد تتأهل للحصول على مساعدة لتغطية نفقات المستشفى في حال لم يكن لديك تأمين، أو في حال استنفاد التأمين، أو في حال تمتعك بتأمين صحي وحيازتك لدليل على تكبدك نفقات طبية بإجمالي أكبر من 10% من دخلك. سيؤدي إتمامك هذا النموذج إلى الشروع في معالجة طلب حصولك على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى. تستعين كل مستشفيات ولاية نيويورك بهذا النموذج، وسنوفر لك مترجمًا دون تكلفة حتى تتمكن من استيفاء كل المعلومات المطلوبة باللغة الإنجليزية.

شخصي & سري

اسم الضامن Smarttext
عنوان الضامن Smarttext

التاريخ Smarttext: 8 أكتوبر 2021

الضامن: Smarttext
رقم الحالة: smarttext
المرضى الذين تشملهم الحالة:
- smarttext اسم المريض (أسماء المرضى)

السيدة/ اسم المريض smarttext،

شكرًا لاختيارك RHM smarttext كمقدم خدمات رعايتك الصحية، الرجاء إتمام الطلب المرفق وإعادةه إلى العنوان المدرج أدناه لاستكمال تقييم إعانتك المالية.

وفي حال راودك أي استفسار، الرجاء التواصل مع مركز خدمة عملائنا على الرقم 800-494-5797 من يوم الإثنين حتى الجمعة بين 9 ص و 5 م بالتوقيت الشرقي. بعد التحية، الرجاء اختيار رقم 1 ثم الرقم 2 للتحدث إلى أحد الممثلين. الرجاء النطق باسم اللغة التي تلائمك، وسنوفر لك مترجمًا على الخط.

مع خالص الود،

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services (خدمات المرضى المالية في ترينيتي هيلث إنتربرايز)

نيابة عن RHM smarttext
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

الطلب الموحد للحصول على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى بولاية نيويورك
(NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application)
نظير خدمات التطبيب والخدمات المهنية التي توفرها مرافق وأطباء Trinity Health

قد تتأهل للحصول على مساعدة لتغطية نفقات المستشفى في حال لم يكن لديك تأمين، أو في حال استنفاد التأمين، أو في حال تمتعك بتأمين صحي وحيازتك لدليل على تكبدك نفقات طبية بإجمالي أكبر من 10% من دخلك. سيؤدي إتمامك هذا النموذج إلى الشروع في معالجة طلب حصولك على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى. تستعين كل مستشفيات ولاية نيويورك بهذا النموذج، وسنوفر لك مترجمًا دون تكلفة حتى تتمكن من استيفاء كل المعلومات المطلوبة باللغة الإنجليزية.

اسم المريض (الرجاء إكمال المعلومات التي تسري عليك)		
اسم المريض (الأول، الأوسط، الأخير)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/عام)	
رقم هاتف التواصل		
عنوان المراسلة	شقة/وحدة رقم	
المدينة	الولاية	الرقم البريدي
اسم ولي الأمر/الوصي أو الممثل القانوني (في حال كان الطفل طفلاً قاصراً أو بالغاً منزوع الأهلية)		
عنوان البريد الإلكتروني		
الاسم الكامل	العلاقة	إجمالي الدخل الشامل (الحالي)
قد تطالبك المستشفى بتقديم مستند كإثبات للدخل الذي قد يكون عبارة عن بيان راتب أو خطاب من صاحب عملك إن أمكن أو نموذج رقم 1040.		

الطلب الموحد للحصول على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى بولاية نيويورك
(NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application)
نظير خدمات التطبيب والخدمات المهنية التي توفرها مرافق وأطباء Trinity Health

قد تتأهل للحصول على مساعدة لتغطية نفقات المستشفى في حال لم يكن لديك تأمين، أو في حال استنفاذ التأمين، أو في حال تمتعك بتأمين صحي وحياتك دليل على تكبدك نفقات طبية بإجمالي أكبر من 10% من دخلك. سيؤدي إتمامك هذا النموذج إلى الشروع في معالجة طلب حصولك على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى. تستعين كل مستشفيات ولاية نيويورك بهذا النموذج، وسنوفر لك مترجمًا دون تكلفة حتى تتمكن من استيفاء كل المعلومات المطلوبة باللغة الإنجليزية.

حالة التأمين الصحي

هل لديك أي شكل من التأمين الصحي بما في ذلك Medicaid أو Medicare أو تأمين خاص من خلال صاحب عملك أو تكون قد اشتريته على نفقتك الخاصة؟ نعم لا

في حال إجابتك بـ "لا" هل تحتاج يد العون بخصوص التقديم للانتفاع من أي من تلك البرامج؟ نعم لا

المرضى المنقوصي التأمين: الأفراد المؤمن عليهم ويعانون من ارتفاع النفقات الطبية. في حال كان لديك تأمين، الرجاء توفير تقدير لفواتيرك الطبية التي تحملتها خلال 12 شهرًا الماضيين.

\$

قد تطالبك المستشفى بتقديم إثبات كدليل على التكاليف الطبية المدفوعة.

المريض/الطرف المسؤول: في حال لم تكن أنت المريض، الرجاء إدراج اسم الشخص الموقع لهذا النموذج وسلطته للتوقيع نيابة عن المريض (مثل الزوج أو الوالد أو الممثل القانوني).

أدرك إمكانية خضوع المعلومات التي أقدمها إلى التحقق من قبل مصادر خارجية، وأشهد أن المعلومات حقيقية وكاملة على قدر علمي.

التاريخ

الرجاء كتابة الاسم
العلاقة بالمريض

التوقيع

الرجاء إرسال طلبك إلى العنوان المذكور أعلاه، وإرساله بالفاكس إلى 312-871-3350 و/أو رفع المستندات خلال MyChart (بوابة المرضى) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>؛ وفي حال راودك أي استفسار، الرجاء التواصل مع مركز خدمة العملاء على الرقم 800-494-5797 من يوم الإثنين وحتى الجمعة من الساعة 9 ص حتى 5 م بالتوقيت الشرقي.

الحد الأدنى من الأهلية أو التوجيهات

المسار الزمني لتقديم الطلبات، وحقوق المرضى، والسرية

يمكنك تقديم طلب للحصول على إعانة مالية في أي وقت خلال إجراءات التحصيل.

• ليس عليك دفع أي نفقات إلى المستشفى حتى تتلقى قرارًا بخصوص طلب حصولك على إعانة مالية. ولا يجوز للمستشفيات إرسال الحسابات لتحصيلها في ظل تعلق طلبك.

• وفي حال رفض منحك إعانة مالية، لديك الحق في التظلم. وسيحوي إخطار المستشفى الذي سنتلقاه معلومات حول كيفية التظلم. يجوز لك التظلم من مقدار مساعدتك المالية. ستضمن المستشفى بيانات حول كيفية التظلم في خطاب القرار.

• لا يمكن للمستشفيات إرسال فواتير غير مدفوعة إلى أحد وكالات التحصيل لمدة 180 يومًا عقب صدور فاتورتك الأولى.

• يحظر على المستشفيات اتخاذ أي إجراء قانوني بما في ذلك المقاضاة لاسترداد الفواتير الطبية غير المدفوعة للمرضى الذين يقعون أدنى من 400% من حد الفقر الفيدرالي. يمكن الاطلاع على أدلة الفقر التوجيهية من خلال:

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

• ستستخدم المستشفى المعلومات المرتبطة بهذا الطلب لاتخاذ قرار باستحقاقك إعانة مالية فقط، حيث ستظل سرية وفق ما يسمح به القانون.

الطلب الموحد للحصول على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى بولاية نيويورك
(NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application)
نظير خدمات الطبيب والخدمات المهنية التي توفرها مرافق وأطباء Trinity Health

قد تتأهل للحصول على مساعدة لتغطية نفقات المستشفى في حال لم يكن لديك تأمين، أو في حال استنفاد التأمين، أو في حال تمتعك بتأمين صحي وحيازتك لدليل على تكبدك نفقات طبية بإجمالي أكبر من 10% من دخلك. سيؤدي إتمامك هذا النموذج إلى الشروع في معالجة طلب حصولك على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى. تستعين كل مستشفيات ولاية نيويورك بهذا النموذج، وسنوفر لك مترجمًا دون تكلفة حتى تتمكن من استيفاء كل المعلومات المطلوبة باللغة الإنجليزية.

• لا يمكن للمستشفيات رفض تزويدك بالخدمات الطبية الضرورية لاستحقاق فاتورة طبية عليك.

• في حال احتجت إلى يد العون بخصوص هذا الطلب، الرجاء التواصل مع مكتب الإعانات المالية في (اسم المستشفى) على الرقم (رقم الهاتف).

• وفي حال الحاجة إلى مزيد من المساعدة بخصوص هذا الطلب أو في اتخاذ قرار ما، يمكنك التواصل مع جمعية Community Health Advocates: 888-614-5400.

الأهلية

لا يوجد ما يحد من قدرة المستشفى على تحديد أهلية المريض للتمتع بخصوصيات على المدفوعات عند تمتعه بمستويات دخل أعلى من ذلك المحدد أدناه و/أو توفير خصومات مدفوعات أعلى للمرضى المؤهلين عما يتطلبه قانون الصحة العامة. كما لا يمكن اعتبار حالة الهجرة كمعيار أهلية لغرض تحديد الإعانة المالية.

الأفراد التاليين مؤهلون:

الأفراد ذوي الدخل المنخفض الذين لا يتمتعون بتأمين صحي.

• الأفراد غير المؤمن عليهم (تراكم التكاليف الطبية التي يتكبونها خلال الإثني عشر شهرًا الماضيين بمبلغ يزيد عن عشرة في المائة من إجمالي الدخل السنوي)؛

• من استنفذوا مخصصات تأمينهم الصحي ولديهم ما يثبت عدم قدرتهم على الوفاء بالتكاليف كلها؛ أو

• كيفما يترأى للمستشفى، يمكن لمن لديه القدرة على إثبات عدم القدرة على دفع نصيبهم من النفقات و/أو تحمل الجزء المخصوم طلب تخفيض المبلغ أو الحصول على خصم عليه.

يتأهل الأفراد الذين يصل دخلهم حتى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي للمساعدة المالية.

مستويات الفقر الفيدرالية (2024)

حجم الأسرة المعيشية	200%	300%	400%
1 شخص	\$31,300	\$46,950	\$62,600
2 من الأشخاص	\$42,300	\$63,450	\$84,600
3 من الأشخاص	\$53,300	\$79,950	\$106,600
4 من الأشخاص	\$64,300	\$96,450	\$128,600
5 من الأشخاص	\$75,300	\$112,950	\$150,600
6 من الأشخاص	\$86,300	\$129,450	\$172,600
7 من الأشخاص	\$97,300	\$145,950	\$194,600

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

الطلب الموحد للحصول على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى بولاية نيويورك
(NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application)
نظير خدمات الطبيب والخدمات المهنية التي توفرها مرافق وأطباء Trinity Health

قد تتأهل للحصول على مساعدة لتغطية نفقات المستشفى في حال لم يكن لديك تأمين، أو في حال استنفاذ التأمين، أو في حال تمتعك بتأمين صحي وحيازتك لدليل على تكبدك نفقات طبية بإجمالي أكبر من 10% من دخلك. سيؤدي إتمامك هذا النموذج إلى الشروع في معالجة طلب حصولك على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى. تستعين كل مستشفيات ولاية نيويورك بهذا النموذج، وسنوفر لك مترجمًا دون تكلفة حتى تتمكن من استيفاء كل المعلومات المطلوبة باللغة الإنجليزية.

معدلات الحد الأدنى من الخصومات	
في حال تأهلك للحصول على مساعدة مالية، سيجري تقيض رسومك وفق دخلك بناء على مقياس رسوم متدرج كما يلي:	
الدفع	مستوى الدخل
التنازل عن كل الرسوم	أدنى من 200% FPL (حد الفقر الفيدرالي)
المرضى غير المؤمن عليهم: رفع الحد وصولاً إلى 10% من سعر الخدمات الذي كانت ستغطيه Medicaid. المرضى المنقوصي التأمين: ما يصل إلى 10% بحد أقصى من المبلغ الذي كان سيجب دفعه بموجب مشاركة التكلفة التأمينية للمريض.	200% - 300% FPL
المرضى غير المؤمن عليهم: رفع الحد وصولاً إلى 20% من سعر الخدمات الذي كانت ستغطيه Medicaid. المرضى المنقوصي التأمين: ما يصل إلى 20% بحد أقصى من المبلغ الذي كان سيجب دفعه بموجب مشاركة التكلفة التأمينية للمريض.	301% - 400% FPL
يجوز للمستشفيات اختيار توفير خصومات أعلى للمرضى المؤهلين و/أو توفير خصومات على الدفع للمرضى المتمتعين بمستويات دخل أعلى.	
خطط تقسيط	
يتمتع المرضى غير القادرين على دفع السعر المخفض على مرة واحدة بخطط تقسيط. ولا يمكن للأقساط الشهرية تخطي 5% من إجمالي الدخل الشهري، كما لا يمكن أن يتخطى سعر الفائدة التي يتحملها المريض 2% إن وجدت.	

الطلب الموحد للحصول على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى بولاية نيويورك
(NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application)
تظير خدمات الطبيب والخدمات المهنية التي توفرها مرافق وأطباء Trinity Health

قد تتأهل للحصول على مساعدة لتغطية نفقات المستشفى في حال لم يكن لديك تأمين، أو في حال استنفاذ التأمين، أو في حال تمتعك بتأمين صحي وحيازتك لدليل على تكبدك نفقات طبية بإجمالي أكبر من 10% من دخلك. سيؤدي إتمامك هذا النموذج إلى الشروع في معالجة طلب حصولك على مساعدة مالية لتغطية نفقات المستشفى. تستعين كل مستشفيات ولاية نيويورك بهذا النموذج، وسوف لك مترجمًا دون تكلفة حتى تتمكن من استيفاء كل المعلومات المطلوبة باللغة الإنجليزية.

طلب إثبات دخل الأسرة المعيشية

الرجاء تضمين معلومات الدخل المرتبطة بالمريض والزوج وأي معالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، قد يشمل ذلك كل المدرجين في ذات الإقرار الضريبي (مقدم الإقرار والزوج والمعالين ضريبياً) ضمن احتساب دخل الأسرة المعيشية.

فيما يلي قائمة بالمستندات التي يمكنك استخدامها لإثبات دخلك. لست مضطراً إلى تقديم كل تلك المستندات. كما يمكنك تقديم بيان بانعدام الدخل الأسري في حال لا يوجد دخل.

كما يمكنك تقديم صفحة قرار الأهلية الصادر عن NY State of Health Marketplace (سوق صحة ولاية نيويورك). وفي حال حيازتك هذا المستند، ليس عليك تقديم أي معلومات دخل أخرى مدرجة أدناه إلى المستشفى.

تلقى الأسرة المعيشية:	المبلغ شهرياً:	يجوز لمقدم الطلب توفير:
الرواتب	\$	الرجاء تقديم بيان مفردات مرتب أو خطاب من صاحب العمل مكتوب على ترويسة شركة موقع ومؤرخ أو أحدث إقرار ضريبي على الدخل
رقم الضمان الاجتماعي	\$	نسخة من خطاب/شهادة المنح أو الخطاب من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (U.S. Social Security Administration) أو خطاب إعانات سنوي. لطلب نسخة من خطاب إعانات الضمان الاجتماعي الخاص بك، الرجاء الاتصال بالرقم 1-800-772-1213 أو التفضل بزيارة www.ssa.gov .
تعويض البطالة	\$	نسخة من خطاب/شهادة المنح أو بيان إعانات شهرية من وزارة عمل ولاية نيويورك أو نسخة من بطاقة دفع مباشر مع نسخة منها أو رسالة من وزارة عمل ولاية نيويورك أو بيان يحوي بيانات حساب المستلم عبر موقع وزارة عمل ولاية نيويورك الإلكتروني (www.labor.state.ny.us).
إعانة إعاقة	\$	نسخة من خطاب/شهادة المنح أو الخطاب من إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration) أو خطاب إعانات سنوي. لطلب نسخة من خطاب إعاناتك، الرجاء الاتصال بالرقم 1-800-772-1213 أو التفضل بزيارة www.ssa.gov .
تعويض العاملين	\$	نسخة من خطاب المنح أو بيان مفردات المرتب
نفقة زوجة/نفقة طفل	\$	نسخة من أمر المحكمة، أو شيكات/إيصالات 3 أشهر مصروفة.
أرباح أسهم/فائدة	\$	بيانات أرباح أسهم ربع سنوية أو بيان شهري.
غير ذلك	\$	خطاب يحدد مقدار الأرباح من غير الرواتب (إن أمكن) مثل الدخل الإيجاري أو نقد لقاء أعمال غير منتظمة إلخ.
لا يوجد دخل	\$	بيان موقَّع بعدم وجود دخل.