<u>न्यु योर्क राज्य एकीकृत अस्पताल आर्थिक सहायता आवेदन</u>

तपाईंको बीमा छैन भने, तपाईंको बीमा सकिएको छ भने, वा तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा भए तापनि तपाईंको आम्दानीको 10% भन्दा बढी मेडिकल खर्च भएको प्रमाण छ भने, तपाईं बिलहरू भुक्तानी गर्न अस्पतालको आर्थिक सहायताका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यो फारम भरेपछि अस्पतालको आर्थिक सहायताका लागि तपाईंको अनुरोध प्रक्रिया सुरु हुनेछ। यो फारम न्यु योर्क राज्यका सबै अस्पतालहरूले प्रयोग गर्दछन्।

यो आवेदन अस्पतालद्वारा सेवा प्रदान गरिने बिरामीहरूले बोल्ने मुख्य[1] भाषाहरूमा छापिएको हुनुपर्छ।

बिरामीको नाम (लागू हुने जानकारी भर्नुहोस्)

बिरामीको नाम (पहिलो, बीचको, थर)		
जन्म मिति (mm/dd/yyyy)		
ठेगाना	अपार्टमेन्ट/यूनिट #	
सहर	राज्य	जिप
सम्पर्क फोन #		
अभिभावक/संरक्षक वा कानुनी प्रतिनिधिको नाम (बिरामी नाबालिग बच्चा वा असक्षम वयस्क भएमा)		
इमेल ठेगाना (भएमा)		

पारिवारिक जानकारी:

कृपया तपाईंको घरधुरीमा रहेका परिवारका सबै सदस्यहरूको सूची तल दिनुहोस्। तपाईंको घरधुरीमा तपाईं स्वयं, तपाईंको पति/पत्नी वा घरेलु साझेदार, र कुनै पनि छोराछोरी वा अन्य आश्रितहरू समावेश हुन्छन्। उदाहरणका लागि, यसमा एउटै कर रिटर्नमा उल्लेख गरिएका सबैजना समावेश हुनेछन्।

कुल आम्दानी भन्नाले कर कट्टी गर्नु **अघिको** तपाईंको आम्दानी हो।

कुल आम्दानीमा कामको कमाई (ज्याला, तलब, बक्सिस, स्वरोजगारबाट हुने आम्दानी), आर्जित नगरिएको आम्दानी (सामाजिक सुरक्षा, अपाङ्गता, र बेरोजगारी सुविधाहरू), सहयोग (परिवार वा साथीहरूबाट प्राप्त रकम), र आम्दानीका अन्य स्रोतहरू (अस्थायी सहायता र पूरक सुरक्षा आम्दानी) समावेश हुन सक्छन्।

---

[1] "मुख्य भाषाहरू" मा प्रति वर्ष कम्तीमा 5% बिरामी भेटघाटमा प्रयोग गरिने कुनै पनि भाषा वा संयुक्त राज्य जनगणना ब्यूरो (United States Bureau of the Census) बाट उपलब्ध जनसाङ्ख्यिकीय जानकारी र विद्यालय प्रणालीका तथ्याङ्कहरूका आधारमा गणना गरिएको अस्पतालको मुख्य सेवा क्षेत्रको जनसङ्ख्याको 1% भन्दा बढीले बोल्ने कुनै पनि भाषा समावेश हुन्छन्।

पूरा नाम	सम्बन्ध	कुल आम्दानी (हालको)
	स्वयं	

अस्पतालले तपाईंलाई आम्दानीको प्रमाणको रूपमा कागजातहरू पेश गर्न अनुरोध गर्न सक्छ; कागजातका उदाहरणहरूमा तलबको रसिद, लागू भएमा तपाईंको रोजगारदाताको पत्र, वा फारम 1040 समावेश हुन सक्छ।

स्वास्थ्य बीमाको अवस्था

के तपाईंसँग Medicaid, Medicare, वा तपाईंको रोजगारदाता मार्फत वा तपाईं आफैले खरिद गरेको निजी बीमा लगायत कुनै पनि प्रकारको स्वास्थ्य बीमा छ? ☐ छ ☐ छैन

तपाईंले "छैन" भन्नुभयो भने, के तपाईं यीमध्ये कुनै पनि कार्यक्रमका लागि आवेदन दिन सहायता चाहनुहुन्छ?

☐ चाहन्छु ☐ चाहन्न

कम बीमा भएका बिरामीहरू: बीमा भएका तर उच्च मेडिकल खर्च भएका व्यक्तिहरू। तपाईंसँग बीमा छ भने, कृपया विगत 12 महिनामा तपाईंले भुक्तानी गर्नुभएको मेडिकल बिलहरूको अनुमानित विवरण उपलब्ध गराउनुहोस्।

$

अस्पतालले तपाईंलाई भुक्तानी गरिएको मेडिकल खर्चको प्रमाणको रूपमा कागजातहरू पेश गर्न अनुरोध गर्न सक्छ।

बिरामी/जिम्मेवार पक्ष: बिरामी स्वयं नभएमा, फारममा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिको नाम र बिरामीको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने उनीहरूको अधिकार उल्लेख गर्नुहोस् (जस्तै, पति/पत्नी, अभिभावक, कानुनी प्रतिनिधि)।

मैले पेश गरेको जानकारी बाह्य स्रोतहरूबाट प्रमाणीकरण गर्न सकिने छ भन्ने मैले बुझेको छु। म मेरो जानकारीमा भएसम्म यो जानकारी सत्य र पूर्ण छ भनी प्रमाणित गर्दछु।

स्पष्ट नाम बिरामीसँगको सम्बन्ध	मिति
हस्ताक्षर	

न्यूनतम योग्यता र निर्देशिकाहरू

आवेदनको समयरेखा, बिरामीको अधिकार र गोपनीयता

- तपाईंले असुली प्रक्रियाको कुनै पनि चरणमा आर्थिक सहायताको लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ।
- आर्थिक सहायताको लागि तपाईंको आवेदनमा निर्णय नभएसम्म तपाईंले यस अस्पताललाई कुनै पनि भुक्तानी गर्नुपर्दैन। तपाईंको आवेदन विचाराधीन रहेको अवस्थामा अस्पतालहरूले खाताहरू असुलीका लागि पठाउन पाउने छैनन्।
- तपाईंलाई आर्थिक सहायता दिन अस्वीकार गरियो भने, तपाईंसँग पुनरावेदन गर्ने अधिकार हुन्छ। त्यसो कसरी गर्ने भन्ने बारेको जानकारी तपाईंले प्राप्त गर्ने अस्पतालको सूचनामा समावेश गरिनेछ। तपाईंसँग तपाईंको आर्थिक सहायताको रकमको विरुद्धमा पुनरावेदन गर्ने अधिकार हुन सक्छ। अस्पतालले आफ्नो निर्णय पत्रमा पुनरावेदन कसरी गर्ने भन्ने बारे जानकारी समावेश गर्नेछ।
- अस्पतालहरूले तपाईंको पहिलो बिल जारी भएको कम्तीमा 180 दिन नपुगेसम्म भुक्तानी नभएका बिलहरू असुली एजेन्सीलाई पठाउन सक्दैनन्।
- सङ्घीय गरिबी स्तरको 400% भन्दा कम आम्दानी भएका बिरामीहरूका लागि भुक्तानी नभएका मेडिकल बिलहरू असुल गर्न मुद्दा दर्ता गर्ने लगायतका कानुनी कारबाही गर्न अस्पतालहरूलाई निषेध गरिएको छ। गरिबी सम्बन्धी निर्देशिकाहरू यहाँ फेला पार्न सकिनेछ: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines
- यस आवेदनमा उपलब्ध गराइएको कुनै पनि जानकारी अस्पतालले तपाईंको आर्थिक सहायताको योग्यता निर्धारण गर्नका लागि मात्र प्रयोग गर्नेछ र कानुनले अनुमति दिएको हदसम्म गोप्य रहनेछ।
- तपाईंको मेडिकल बिल तिर्न बाँकी भएको कारणले मात्र अस्पतालले तपाईंलाई मेडिकल रूपमा आवश्यक सेवाहरू दिन अस्वीकार गर्न सक्दैन।
- तपाईंलाई यो आवेदनमा सहायता चाहिन्छ भने, कृपया NYU Langone Health को आर्थिक सहायता कार्यालयलाई 888-279-1364 मा सम्पर्क गर्नुहोस्।
- तपाईंलाई यो आवेदनमा थप सहयोग वा निर्णय विरुद्ध पुनरावेदन गर्न मद्दत चाहिन्छ भने, तपाईं Community Health Advocates मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ: 888-614-5400.

योग्यता

कुनै पनि कुराले अस्पताललाई तल तोकिएको भन्दा उच्च आम्दानी स्तरमा भुक्तानी छुटका लागि बिरामीको योग्यता निर्धारण गर्ने र/वा जनस्वास्थ्य कानुनले आवश्यक ठहर्याएको भन्दा बढी भुक्तानी छुट योग्य बिरामीहरूलाई प्रदान गर्ने क्षमतालाई सीमित गर्दैन। यसबाहेक, आर्थिक सहायता निर्धारण गर्ने उद्देश्यका लागि अध्यागमन स्थिति योग्यताको मापदण्ड हुने छैन।

निम्न व्यक्तिहरू योग्य छन्:

- स्वास्थ्य बीमा नभएका न्यून आय भएका व्यक्तिहरू; वा
- कम बीमा भएका व्यक्तिहरू (विगत बाह्र महिनामा जम्मा भएको खल्तीबाट बेहोर्नुपर्ने मेडिकल लागत जुन त्यस्ता व्यक्तिको वार्षिक कुल आम्दानीको 10 प्रतिशतभन्दा बढी हुन्छ); वा
- जसको स्वास्थ्य बीमा सुविधाहरू सकिएका छन् र जसले पूर्ण शुल्क तिर्न असमर्थता प्रमाणित गर्न सक्छन्; वा
- अस्पतालको स्वविवेकमा, जसले आफ्नो सह-भुक्तानी र/वा कट्टी हुने रकम तिर्न असमर्थता प्रमाणित गर्न सक्छन् उनीहरूले घटाइएको वा छुट दिइएको भुक्तानीको लागि अनुरोध गर्न सक्छन्।

सङ्घीय गरिबी स्तरको 400% सम्मका व्यक्तिहरू आर्थिक सहायताका लागि योग्य छन्।

सङ्घीय गरिबी स्तर (2026)			
घरधुरीको सङ्ख्या	**200%**	**300%**	**400%**
1 व्यक्ति	$31,920	$47,880	$63,840
2 जना	$43,280	$64,920	$86,560
3 जना	$54,640	$81,960	$109,280
4 जना	$66,000	$99,000	$132,000
5 जना	$77,360	$116,040	$154,720
6 जना	$88,720	$133,880	$177,440
7 जना	$100,080	$150,120	$200,160

वार्षिक रूपमा अद्यावधिक गरिन्छ: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

न्यूनतम छुट दरहरू

तपाईं आर्थिक सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंको शुल्क तपाईंको आम्दानी अनुसार घटबढ हुने शुल्कको मापदण्डमा निम्नानुसार घटाइनेछ:

आम्दानीको स्तर	भुक्तानी
सङ्घीय गरिबी स्तरको 200% मुनि	सबै शुल्कहरू मिनाहा गर्ने
200% - 300% सङ्घीय गरिबी स्तर	बीमा नभएका बिरामीहरू: सेवा(हरू) का लागि Medicaid द्वारा भुक्तानी गरिने रकमको 10% सम्मको घटबढ हुने मापदण्ड। कम बीमा भएका बिरामीहरू: त्यस्ता बिरामीको बीमा लागत साझेदारी अनुसार भुक्तानी गरिने रकमको अधिकतम 10% सम्म।
301% - 400% सङ्घीय गरिबी स्तर	बीमा नभएका बिरामीहरू: सेवा(हरू) का लागि Medicaid द्वारा भुक्तानी गरिने रकमको 20% सम्मको घटबढ हुने मापदण्ड। कम बीमा भएका बिरामीहरू: त्यस्ता बिरामीको बीमा लागत साझेदारी अनुसार भुक्तानी गरिने रकमको अधिकतम 20% सम्म।

अस्पतालहरूले योग्य बिरामीहरूका लागि थप छुट प्रदान गर्न र/वा उच्च आम्दानी स्तरका बिरामीहरूका लागि भुक्तानी छुट प्रस्ताव गर्न छनौट गर्न सक्छन्।

किस्ताबन्दी योजनाहरू

घटाइएको दर एकै पटक तिर्न असमर्थ बिरामीहरूका लागि किस्ताबन्दी योजनाहरू उपलब्ध छन्। मासिक भुक्तानी तपाईंको कुल मासिक आम्दानीको 5% भन्दा बढी हुन सक्दैन र बाँकी बक्यौतामा बिरामीलाई लगाइने ब्याज दर, भएमा, 2% भन्दा बढी हुने छैन।

घरधुरीको आम्दानीको प्रमाणका लागि अनुरोध

कृपया बिरामी, उनीहरूका पति/पत्नी र कुनै पनि आश्रितहरू (जस्तै छोराछोरी) को आम्दानीको जानकारी समावेश गर्नुहोस्। उदाहरणका लागि, यसले घरधुरीको आम्दानीको गणनामा एउटै कर रिटर्नमा रहेका सबैजना (कर भर्ने व्यक्ति, पति/पत्नी, र कर आश्रितहरू) लाई समावेश गर्नेछ।

तपाईंले आफ्नो आम्दानी प्रमाणित गर्न प्रयोग गर्न सक्ने कागजातहरूको सूची तल दिइएको छ। तपाईंले यी सबै कागजातहरू बुझाउनु पर्दैन। तपाईंको कुनै आम्दानी छैन भने तपाईंले घरधुरीको आम्दानी नभएको घोषणा पत्र पनि दिन सक्नुहुन्छ।

तपाईंले NY State of Health बजार बाट योग्यता निर्धारण पृष्ठ पनि उपलब्ध गराउन सक्नुहुन्छ। तपाईंसँग यो कागजात छ भने, तपाईंले अस्पताललाई तल सूचीबद्ध अन्य कुनै पनि आम्दानी जानकारी उपलब्ध गराउनु पर्दैन।

घरधुरीले प्राप्त गर्ने भएमा:	प्रति महिना रकम:	आवेदकले उपलब्ध गराउन सक्छन्:
पारिश्रमिक	$	कृपया एउटा तलबको रसिद, वा कम्पनीको लेटरहेडमा रोजगारदाताले हस्ताक्षर र मिति गरेको पत्र, वा सबैभन्दा हालै दर्ता गरिएको आयकर रिटर्न उपलब्ध गराउनुहोस्।
सामाजिक सुरक्षा भुक्तानी	$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, वा अमेरिकी सामाजिक सुरक्षा प्रशासन (U.S. Social Security Administration) बाट प्राप्त पत्राचार, वा वार्षिक लाभ पत्र। तपाईंको सामाजिक सुरक्षा लाभ पत्रको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, 1-800-772-1213 मा फोन गर्नुहोस् वा www.ssa.gov मा जानुहोस्।
बेरोजगारी क्षतिपूर्ति	$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, वा न्यु योर्क राज्य श्रम विभाग (NYS Department of Labor) बाट प्राप्त मासिक लाभ विवरण, वा प्रिन्टआउट सहितको प्रत्यक्ष भुक्तानी कार्डको प्रतिलिपि, वा न्यु योर्क राज्य श्रम विभागबाट प्राप्त पत्राचार, वा न्यु योर्क राज्य श्रम विभागको वेबसाइट (www.labor.state.ny.us) बाट प्राप्त प्राप्तकर्ताको खाता जानकारीको प्रिन्टआउट।
अपाङ्गता भुक्तानी	$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, वा सामाजिक सुरक्षा प्रशासनबाट प्राप्त पत्राचार वा वार्षिक लाभ पत्रको प्रतिलिपि। तपाईंको लाभ पत्रको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, 1-800-772-1213 मा फोन गर्नुहोस् वा www.ssa.gov मा जानुहोस्।
श्रमिक क्षतिपूर्ति	$	पुरस्कार पत्रको प्रतिलिपि वा चेकको रसिद।
मानाचामल/बाल सहायता	$	अदालतको आदेशको प्रतिलिपि वा 3 महिनाको साटिएका चेक/रसिदहरू।
लाभांश/ब्याज	$	त्रैमासिक लाभांश विवरणहरू वा 1 महिनाको विवरणहरू।
अन्य	$	पारिश्रमिक बाहेकको आम्दानीको रकम (भएमा) उल्लेख गरिएको पत्र, जस्तै भाडाको आम्दानी, खुद्रा कामको नगद, आदि।
आम्दानी नभएको	$0	आम्दानी नभएको हस्ताक्षर गरिएको घोषणा पत्र।