

Краткая информация о финансовой помощи

Медицинский центр Montefiore понимает, что бывают случаи, когда у пациентов возникают трудности с оплатой предоставленных им услуг. Программа финансовой помощи предусматривает предоставление скидок соответствующим требованиям лицам на основании их дохода и размера семьи. Кроме того, мы поможем подать заявление на бесплатную или недорогую страховку, если у вас есть на нее право. Просто позвоните или зайдите к финансовому консультанту в учреждении из списка на стр. 2 либо обратитесь по адресу электронной почты financialaid@montefiore.org для получения бесплатной конфиденциальной помощи. Подробности о политике финансовой помощи см. на веб-странице <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>. Вы также можете бесплатно получить форму заявления по электронной почте.

Кто может получить скидку?

Финансовая помощь доступна пациентам, у которых нет медицинской страховки или у которых медицинское страховое покрытие ограничено и которые проживают в основной зоне обслуживания медицинского центра (штат Нью-Йорк).

Медицинский центр Montefiore Medical Center также предоставляет особые условия оплаты для пациентов, у которых есть страховое покрытие, но их собственные расходы превышают их возможности или ставят их в трудное финансовое положение.

В штате Нью-Йорк любой нуждающийся в экстренной помощи или услугах, необходимых по медицинским показаниям, может получить медицинскую помощь и скидку.

Вам не могут отказать в экстренной или необходимой по медицинским показаниям помощи на основании того, что вам нужна финансовая поддержка.

Вы можете подать заявление на получение скидки независимо от вашего иммиграционного статуса.

Каковы ограничения по уровню дохода?

Сумма скидки зависит от уровня вашего дохода и размера вашей семьи. Если у вас нет медицинской страховки или есть ограниченная медицинская страховка, то применяются следующие ограничения по уровню дохода.

2024	Gross Income Categories (Upper Limits)										
Federal Poverty Level	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Family Size	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	over 500%
1	\$15,060	\$18,825	\$22,590	\$26,355	\$27,861	\$30,120	\$37,650	\$45,180	\$60,240	\$75,300	
2	\$20,440	\$25,550	\$30,660	\$35,770	\$37,814	\$40,880	\$51,100	\$61,320	\$81,760	\$102,200	
3	\$25,820	\$32,275	\$38,730	\$45,185	\$47,767	\$51,640	\$64,550	\$77,460	\$103,280	\$129,100	
4	\$31,200	\$39,000	\$46,800	\$54,600	\$57,720	\$62,400	\$78,000	\$93,600	\$124,800	\$156,000	
5	\$36,580	\$45,725	\$54,870	\$64,015	\$67,673	\$73,160	\$91,450	\$109,740	\$146,320	\$182,900	
6	\$41,960	\$52,450	\$62,940	\$73,430	\$77,626	\$83,920	\$104,900	\$125,880	\$167,840	\$209,800	
7	\$47,340	\$59,175	\$71,010	\$82,845	\$87,579	\$94,680	\$118,350	\$142,020	\$189,360	\$236,700	
8	\$52,720	\$65,900	\$79,080	\$92,260	\$97,532	\$105,440	\$131,800	\$158,160	\$210,880	\$263,600	
For each additional person Add.	\$5,380	\$6,725	\$8,070	\$9,415	\$9,953	\$10,760	\$13,450	\$16,140	\$21,520	\$26,900	

Что делать, если я не соответствую требованиям по уровню дохода?

Если вы не можете оплатить свой счет, у медицинского центра Montefiore Medical Center есть категория финансовой помощи для всех, кто подает заявление. Размер скидки в процентах зависит от вашего годового дохода и размера семьи. Еще мы предлагаем планы с продленным сроком платежа, при этом ежемесячный платеж не превышает десяти процентов от вашего месячного дохода. Приветственная скидка доступна для пациентов, чей уровень дохода выше 500% федерального прожиточного минимума. Скидки при оплате за счет собственных средств также применяются в отношении услуг, не являющихся необходимыми по медицинским показаниям.

Кто-нибудь может разъяснить мне применение скидки? Кто-нибудь может помочь мне подать заявление?

Да, можно конфиденциально воспользоваться бесплатной помощью. Позвоните в программу финансовой помощи по телефону 718-920-5658 или по номеру телефона любого офиса программы финансовой помощи из указанных ниже.

Если вы не говорите по-английски, вам окажут помощь на вашем родном языке. Также вы можете бесплатно получить бланк заявления, общую информацию и политику центра в полном объеме на разных языках.

Представитель программы финансовой помощи сообщит вам, соответствуете ли вы требованиям для получения бесплатной или недорогой страховки, например Medicaid, Child Health Plus или сертифицированный план медицинского страхования (Qualified Health Plan) (во время открытой регистрации).

Если представитель программы финансовой помощи обнаружит, что вы не соответствуете требованиям для получения недорогой страховки, он поможет вам подать заявление на получение скидки.

Представитель поможет вам заполнить все формы и сообщит, какие документы вам нужно принести.

Чтобы получить дополнительную информацию или помощь, обратитесь по указанным ниже адресам или зайдите на сайт <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>.

- 111 East 210th Street (кабинет RS-001), 718-920-5658 (кампус Moses)
- 600 East 233rd Street (центральная регистратура), 718-920-9660(кампус Wakefield)
- 1825 Eastchester Road (приемное отделение), 718-904-3551 (кампус Weiler)
- 2475 St. Raymond Avenue (регистратура для амбулаторных пациентов), 718-430-7339 (кампус Westchester Square)

Какие документы мне нужно предоставить для заявления на получение скидки?

Приемлемый документ, подтверждающий доход:

- документ, подтверждающий статус безработного;
- письмо о назначении социальной помощи/ пенсии;
- квитанции о начислении заработной платы/письмо с подтверждением трудовой занятости;
- письмо в поддержку;
- самозасвидетельствование (при определенных обстоятельствах);
- налоговая декларация или форма W2

Скидка распространяется на все необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставляемые в медицинском центре Montefiore Medical Center. Сюда входят амбулаторные услуги, экстренная помощь и экстренная госпитализация.

Скидка может не распространяться на оплату услуг *частных врачей*, оказывающих услуги в больнице. Вам нужно обсудить с частным врачом, предлагает ли он скидку или план оплаты. Чтобы получить список поставщиков услуг и узнать, участвуют ли они в программе финансовой помощи медицинского центра (Medical Center's Financial Aid), посетите наш интернет-сайт <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> или обратитесь в офис программы финансовой помощи, и вы получите список лично или по электронной почте.

Сколько мне придется платить?

Сумма оплаты амбулаторных услуг или услуг отделения экстренной помощи начинается с \$0 для детей и беременных женщин и зависит от вашего дохода. Сумма оплаты амбулаторных услуг или услуг отделения экстренной помощи начинается с \$15 для взрослых и зависит от вашего дохода.

Представитель программы финансовой помощи сообщит вам подробную информацию о специальной скидке (скидках) после обработки вашего заявления.

Сумма оплаты для пациентов не превысит сумму, обычно удерживаемую за оказание услуг экстренной помощи или других услуг, необходимых по медицинским показаниям.

Как мне получить скидку?

Вам нужно заполнить форму заявления. Как только мы получим подтверждение вашего дохода, мы сможем обработать ваше заявление на получение скидки в соответствии с вашим уровнем дохода. У вас будет 30 дней, чтобы заполнить заявление.

Вы можете подать заявление на получение скидки до назначения приема, когда вы приходите в больницу для получения обслуживания или до того, как получите счет по почте.

Отправьте заполненную форму по адресу Montefiore Medical Center-111 EAST 210TH Street, Bronx, N.Y. 10467/ Main Cashiers Room RS-001 или принесите ее в кабинет RS-001.

После того как вы подадите заполненное заявление и соответствующие документы, вы можете не обращать внимания на счета, пока больница не примет решение по вашему заявлению.

Как мне узнать, было ли одобрено мое заявление на получение скидки?

Медицинский центр Montefiore Medical Center отправит вам письмо с информацией об одобрении или отказе с указанием уровня полученной скидки в течение 30 дней после заполнения заявления и подачи всех документов.

Что делать, если я получу счет, пока жду решения о предоставлении скидки?

От вас не могут требовать оплатить выставленный больницей счет, пока ваше заявление на получение скидки находится на рассмотрении. Если ваше заявление будет отклонено, больница должна в письменном виде сообщить вам причину отказа и предоставить варианты обжалования этого решения на более высоком уровне этой больницы.

Что делать, если у меня возникла проблема, которую я не могу урегулировать с больницей?

Вы можете позвонить на горячую линию Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) по приему жалоб по телефону 1-800-804-5447.

**МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР MONTEFIORE MEDICAL CENTER
 ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ					
Имя и фамилия пациента		Номер социального страхования (необязательно)			
Адрес			Дата подачи заявления		
Город			Штат	Индекс	
Телефон		Кем приходится пациенту	Сам пациент Супруг (-а) Ребенок Родитель Дедушка (бабушка) Внук (внучка) Другое		
Общий годовой доход		Размер семьи		Сумма задолженности	
РАБОЧИЙ ЛИСТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ ПРАВА: ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ					
Представитель программы финансовой помощи			Скорректированный остаток на счете		
Номер мед. карты пациента		Номер счета		Номер выставленного счета	
Подтвержденный налоговым управлением (IRS) доход	Да/Нет	Подтверждающие документы	1. Квитанция о начислении заработной платы 2. Письмо с работы 3. Документация биржи медицинского страхования 4. Спонсорское письмо (если применимо) Другое (укажите):		
Подтвержденный общий годовой доход					
Заявление одобрено для получения финансовой помощи следующей категории (1–6, 9M)					

Дата подачи заявления		Дата получения выписки по налогам из налогового управления (IRS)	
Дата получения заявления		Дата корректировки остатка на счете	
Дата уведомления о финансовой помощи		Дата одобрения/отказа	
Кем утверждено:			
ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ			
<p>Своей подписью в данном заявлении я подтверждаю свое разрешение на назначение льгот и на раскрытие информации, связанной с получением медицинских услуг в медицинском центре Montefiore Medical Center.</p> <p>Пока у меня есть право на получение финансовой помощи, я соглашаюсь сообщать медицинскому центру Montefiore Medical Center о любых изменениях моего семейного положения, влияющих на размер семьи, а также об изменениях дохода и медицинского страхового покрытия, которые могут изменить мое право на получение финансовой помощи. Я разрешаю своему работодателю и медицинской страховой компании передавать в медицинский центр Montefiore Medical Center информацию о доходе, страховых взносах, состраховании, доплатах, нестрахуемом минимуме и покрываемых льготах, которые у меня есть.</p> <p>Если я обращаюсь за финансовой помощью в связи с несчастным случаем или другим инцидентом и если я получу деньги в связи с данным несчастным случаем или инцидентом из любых источников, например по программам компенсаций работникам или выплаты от страховой компании, я возмещу медицинскому центру Montefiore стоимость любых медицинских услуг, предоставленных медицинским центром Montefiore Medical Center, и оплаченных полностью или частично посредством предоставления финансовой помощи.</p> <p>Вся информация в данном заявлении является верной, насколько мне известно, и я согласен (согласна) по запросу предоставить необходимые документы.</p>			
Имя и фамилия пациента печатными буквами		Дата	
Подпись пациента			
<i>Я обладаю юридическими полномочиями давать согласие от имени указанного выше пациента. Я прихожусь пациенту:</i>			

Подпись уполномоченного представителя		Дата	
Кем приходится пациенту			

Заполните данное заявление и отправьте его вместе с документами, подтверждающими доход, в любой из офисов финансового обслуживания пациентов медицинского центра Montefiore, находящихся по следующим адресам:

Кампус Moses – RM-001

111 East 210th Street
Bronx, NY 10467
718-920-5658

Кампус Wakefield

600 East 233rd Street
Bronx, NY 10466
718-920-9660

Кампус Weiler

1825 Eastchester Road
Bronx, NY 10461
718-904-3551

Кампус Westchester Square

2475 Saint Raymond Ave
Bronx, NY 10461
718-430-7339

После того как вы подадите заполненное заявление и соответствующие документы, вы можете не обращать внимания на счета до тех пор, пока больница не примет решение по вашему заявлению. Пожалуйста, заполните заявление в течение 30 дней.