



纽约州医院财务协助申请表

如果您没有保险、保险额度已用完，或您有健康保险但已支付的医疗费用超过您收入的 10%，您可能有资格申请医院财务协助来支付医疗帐单。填写此表格将启动您的申请程序。此表格为纽约州所有医院通用。

此表格需以医院服务病人主要语言印制。

患者姓名 (请填写所有适用资料)

患者姓名 (名字、姓氏)		
出生日期 (月/日/年)		
地址	公寓/单位号码	
城市	州	邮递区号
联络电话		
家长/监护人或合法代表姓名 (若患者为未成年人或无行为能力成年人)		
电子邮件地址 (如有)		

家庭资料:

请列出您家庭中的所有成员。家庭成员包括您本人、配偶或同居伴侣，以及任何子女或其他需要扶养的人。举例来说，这些成员应与您在同一份报税表上列出的成员相同。

总收入指的是您扣除税款前的收入。

总收入包括：工资（薪水、工资、奖金、自营职业所得）、非工资收入（社会保险、伤残津贴、失业救济金）、他人提供的资助（来自家人或朋友的金钱）、以及其他收入来源（如临时援助或补充保障收入等）。

全名	关系	总收入 (目前)
	本人	

¹注：“主要语言”指的是医院所服务的病人中，至少 5% 的病人使用的语言，或是医院服务区域中，超过 1% 人口使用的语言。这些数据是根据美国人口普查局的统计资料，并由学校系统的数据加以补充。



医院可能会要求您提供收入证明文件;例如薪资单、雇主证明信(若适用),或报税表(1040表格)。

健康保险状况

您是否有任何形式的健康保险,包括 Medicaid、Medicare,或透过雇主或自行购买的私人保险? 是否

如果您回答了「否」,您是否希望获得申请这些计划的协助?

是否

保险不足的患者:指有保险但仍面临高额医疗费用的情况。如果您有保险,请提供过去 12 个月内您支付的医疗费用估算金额。

\$

医院可能会要求您提供已支付医疗费用的证明文件。

患者/责任方:若非患者本人签署,请列出签署人姓名及其代表患者签署的身份(例如配偶、父母或合法代理人)。

我了解我提交的资讯可能会经由外部来源进行验证。我保证根据我所知,所提供的资料是真实且完整的。

签署人姓名(印刷体工整书写)	
与患者关系	日期
签名	

最低资格标准与指导原则

申请时程、患者权利与保密性

- 您可以在医疗费用催收过程中的任何时间提出财务协助申请。
- 在您收到财务协助申请结果之前，无需向医院支付任何费用。在您的申请审核期间，医院不得将帐单交由催收机构处理。
- 若您的财务协助申请遭到拒绝，您有权提出申诉。医院会在通知信中提供申诉方式的相关资讯。您也有权针对财务协助的金额提出申诉，医院的决定函中会说明如何进行申诉。
- 在您收到第一张帐单后的 180 天内，医院不得将未支付的帐单交给催收机构。
- 医院不得对收入低于联邦贫穷线 400% 的患者采取法律行动，例如提起诉讼以追讨未支付的医疗费用。联邦贫穷标准可查阅以下网址：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>。
- 本申请中提供的任何资讯仅供医院判断您是否符合财务协助资格，并将在法律允许的范围之内保密。
- 医院不得因您有未支付的医疗费用而拒绝提供必要的医疗服务。
- 如果您需要协助填写申请表，请联络 Jamaica Hospital Medical Center 的财务协助办公室，电话：718-206-8270。
- 如果您需要更多协助完成申请，或对决定提出申诉，您也可以联络 Community Health Advocates，电话：888-614-5400。

资格标准

法律并不限制医院针对收入高于以下标准的患者提供额外折扣，或对符合资格的患者提供比《公共卫生法》要求更多的折扣。此外，移民身份不应影响财务协助的资格判断。

符合申请资格的对象包括：

- 没有健康保险的低收入者；
- 保险不足者（过去 12 个月内自付的医疗费用超过年收入的 10%）；
- 健康保险福利已用完且无力支付全部医疗费用者；
- 医院可酌情处理，允许无法负担共付额或自负额的患者申请减免或折扣。

收入达到联邦贫穷线 4 倍 以内的个人符合财务协助资格。

2026 年联邦贫穷线标准			
家庭人数	家庭年收入	家庭月收入	每周家庭收入
1 人	\$31,900	\$47,880	\$63,840
2 人	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3 人	\$54,640	\$81,960	\$109,280
4 人	\$66,600	\$99,000	\$132,000
5 人	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6 人	\$88,080	\$133,880	\$177,440
7 人	\$100,080	\$150,120	\$200,160

每年更新，详情请参考：<https://aspe.hhs.gov/topics/povertv-economic-mobility/povertv-guidelines>

最低折扣比例

如果您符合财务协助的资格，您的费用将根据您的收入，以阶梯式收费标准进行减免，具体如下：

收入水准	支付
收入低于 200% 贫穷线	免收全部费用。
收入介于 200% - 300% 贫穷线	无保险患者：按比例收费，最多为医疗补助计划（ Medicaid ）支付金额的 10%。 保险不足患者：费用上限为依照患者保险共付额计算应支付金额的 10%。
收入介于 301% - 400% 贫穷线	无保险患者：按比例收费，最多为 Medicaid 支付金额的 20%。 保险不足患者：费用上限为依照患者保险共付额计算应支付金额的 20%。

医院可选择提供更高的折扣， 或对高收入的符合资格患者提供更多的费用减免。

分期付款计划

无法一次支付减免后费用的患者可申请分期付款。每月付款额不得超过您每月总收入的 5%，且向患者收取的未付余额的利率（如有）不得超过 2%。

家庭收入证明要求

请提供患者、配偶及任何受扶养人的收入资料（例如子女）。这些资料应包括所有在同一份报税表上申报的成员（报税者、配偶及受扶养人）的收入，以计算家庭总收入。

以下是您可以用来证明收入的文件清单。您不需要提供所有这些文件。如果您没有收入，您也可以提供一份无收入声明书。

若家庭收入来源为：	每月金额：	申请人可以提供
工资	\$	请提供一份薪资单、雇主签名并附有公司抬头的信件，或最近提交的所得税申报表。
社会安全给付	\$	发放函/证书副本、美国社会安全局的信函，或年度福利信。如需您的社会安全福利信副本，请拨打 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov 。
失业补助	\$	发放函/证书副本、纽约州劳工部的每月福利声明、直接付款卡及其列印资料，或纽约州劳工部的信函，也可提供纽约州劳工部网站 (www.labor.state.ny.us) 的帐户信息列印件。
残障补助	\$	发放函/证书副本、社会安全局的信函，或年度福利信副本。如需您的福利信副本，请拨打 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov 。
劳工补偿	\$	发放函信或支票存根副本。
赡养费/子女抚养费	\$	法院命令副本，或 3 个月的兑现支票/收据。
股息/利息	\$	季度股息声明或 1 个月的对帐单。
其他	\$	说明非工资收入的信件（如租金收入、零工现金等）。
无收入	\$0	签署的无收入声明书。