

紐約州醫院財務協助申請表

如果您沒有保險、保險額度已用完，或您有健康保險但已支付的醫療費用超過您收入的 10%，您可能符合資格申請醫院財務協助來支付醫療帳單。填寫此表格將啟動您的申請程序。此表格為紐約州所有醫院通用。

此表格需以醫院服務病人主要語言印製。

患者姓名 (請填寫所有適用資料)

患者姓名 (名字、姓氏)		
出生日期 (月/日/年)		
地址	公寓/單位號碼	
城市	州	郵遞區號
聯絡電話		
家長/監護人或合法代表姓名 (若患者為未成年人或無行為能力之成年人)		
電子郵件地址 (如有)		

家庭資料：

請列出您家庭中的所有成員。家庭成員包括您本人、配偶或同居伴侶，以及任何子女或其他需要扶養的人。舉例來說，這些成員應與您在同一份報稅表上列出的成員相同。

總收入 指的是您扣除稅款前的收入。

總收入包括：工資 (薪水、工資、獎金、自營職業所得)、非工資收入 (社會保險、傷殘津貼、失業救濟金)、他人提供的資助 (來自家人或朋友的金錢)、以及其他收入來源 (如臨時援助或補充保障收入等)。

全名	關係	總收入 (目前)
	本人	

¹ 註：“主要語言”指的是醫院所服務的病人中，至少 5% 的病人使用的語言，或是醫院服務區域中，超過 1% 人口使用的語言。這些數據是根據美國人口普查局的統計資料，並由學校系統的數據加以補充。

醫院可能會要求您提供收入證明文件；例如薪資單、雇主證明信（若適用），或報稅表（1040 表格）。

健康保險狀況

您是否有任何形式的健康保險，包括 Medicaid、Medicare，或透過雇主或自行購買的私人保險？ 是 否

如果您回答了「否」，您是否希望獲得申請這些計畫的協助？

是 否

保險不足的患者：指有保險但仍面臨高額醫療費用的情況。 如果您有保險，請提供過去 12 個月內您支付的醫療費用估算金額。

\$

醫院可能會要求您提供已支付醫療費用的證明文件。

患者/責任方：若非患者本人簽署，請列出簽署人姓名及其代表患者簽署的身份（例如配偶、父母或合法代理人）。

我了解我提交的資訊可能會經由外部來源進行驗證。我保證根據我所知，所提供的資料是真實且完整的。

簽署人姓名（印刷體工整書寫）	
與患者關係	日期
簽名	

最低資格標準與指導原則

申請時程、患者權利與保密性

- 您可以在醫療費用催收過程中的任何時間提出財務協助申請。
- 在您收到財務協助申請結果之前，無需向醫院支付任何費用。在您的申請審核期間，醫院不得將帳單交由催收機構處理。
- 若您的財務協助申請遭到拒絕，您有權提出申訴。醫院會在通知信中提供申訴方式的相關資訊。您也有權針對財務協助的金額提出申訴，醫院的決定函中會說明如何進行申訴。
- 在您收到第一張帳單後的 180 天內，醫院不得將未支付的帳單交給催收機構。
- 醫院不得對收入低於聯邦貧窮線 400% 的患者採取法律行動，例如提起訴訟以追討未支付的醫療費用。聯邦貧窮標準可查閱以下網址：
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>。
- 本申請中提供的任何資訊僅供醫院判斷您是否符合財務協助資格，並將在法律允許的範圍內保密。
- 醫院不得因您有未支付的醫療費用而拒絕提供必要的醫療服務。
- 如果您需要協助填寫申請表，請聯絡 Jamaica Hospital Medical Center 的財務協助辦公室，電話：718-206-8270。
- 如果您需要更多協助完成申請，或對決定提出申訴，您也可以聯絡 Community Health Advocates，電話：888-614-5400。

資格標準

法律並不限制醫院針對收入高於以下標準的患者提供額外折扣，或對符合資格的患者提供比《公共衛生法》要求更多的折扣。此外，移民身份不應影響財務協助的資格判斷。

符合申請資格的對象包括：

- 沒有健康保險的低收入者；
- 保險不足者（過去 12 個月內自付的醫療費用超過年收入的 10%）；
- 健康保險福利已用完且無力支付全部醫療費用者；
- 醫院可酌情處理，允許無法負擔共付額或自負額的患者申請減免或折扣。

收入達到聯邦貧窮線 4 倍 以內的個人符合財務協助資格。

2026 年聯邦貧窮線標準

家庭人數	家庭年收入	家庭月收入	每周家庭收入
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	\$133,880	\$177,440
7 人	\$100,080	\$150,120	\$200,160

每年更新，詳情請參考：

<https://aspe.hhs.gov/topics/povertv-economic-mobilitv/povertv-guidelines>

最低折扣比例

如果您符合財務協助的資格，您的費用將根據您的收入，以階梯式收費標準進行減免，具體如下：

收入水準	支付
收入低於 200% 貧窮線	免收全部費用。
收入介於 200% - 300% 貧窮線	無保險患者：按比例收費，最多為醫療補助計劃 (Medicaid) 支付金額的 10%。 保險不足患者：費用上限為依照患者保險共付額計算應支付金額的 10%。
收入介於 301% - 400% 貧窮線	無保險患者：按比例收費，最多為 Medicaid 支付金額的 20%。 保險不足患者：費用上限為依照患者保險共付額計算應支付金額的 20%。

醫院可選擇提供更高的折扣，或對高收入的符合資格患者提供更多的費用減免。

分期付款計畫

無法一次支付減免後費用的患者可申請分期付款。每月付款額不得超過您每月總收入的 5%，且向患者收取的未付餘額的利率（如有）不得超過 2%。

家庭收入證明要求

請提供患者、配偶及任何受扶養人的收入資料（例如子女）。這些資料應包括所有在同一份報稅表上申報的成員（報稅者、配偶及受扶養人）的收入，以計算家庭總收入。

以下是您可以用來證明收入的文件清單。您不需要提供所有這些文件。如果您沒有收入，您也可以提供一份無收入聲明書。

若家庭收入來源為：	每月金額：	申請人可以提供
工資	\$	請提供一份薪資單、僱主簽名並附有公司抬頭的信件，或最近提交的所得稅申報表。
社會安全給付	\$	發放函/證書副本、美國社會安全局的信函，或年度福利信。如需您的社會安全福利信副本，請撥打 1-800-772-1213 或訪問 www.ssa.gov 。
失業補助	\$	發放函/證書副本、紐約州勞工部的每月福利聲明、直接付款卡及其列印資料，或紐約州勞工部的信函，也可提供紐約州勞工部網站 (www.labor.state.ny.us) 的帳戶信息列印件。
殘障補助	\$	發放函/證書副本、社會安全局的信函，或年度福利信副本。如需您的福利信副本，請撥打 1-800-772-1213 或訪問 www.ssa.gov 。
勞工補償	\$	發放函信或支票存根副本。
贍養費/子女扶養費	\$	法院命令副本，或 3 個月的兌現支票/收據。
股息/利息	\$	季度股息聲明或 1 個月的對帳單。
其他	\$	說明非工資收入的信件（如租金收入、零工現金等）。
無收入	\$0	簽署的無收入聲明書。