

Montefiore | New Rochelle

ملخص المساعدة المالية

يقر مركز مونتي فيوري الطبي بأن هناك أوقات يكون المريض فيها بحاجة للرعاية، إلا أن يعاني في نفس الوقت من صعوبة في دفع مقابل الخدمات المقدمة له. توفر "المساعدة المالية" خصومات للأفراد المؤهلين حسب الدخل وعدد أفراد الأسرة. وبالإضافة إلى ذلك، فيمكننا مساعدتك في التقدم للاستفادة من التأمين مجاناً، أو بتكلفة مخفضة في حال تأهلك. عليك فقط الاتصال بممثل المساعدة المالية على رقم 914-365-3812، أو الذهاب إلى العنوان 16 Guion Place, New Rochelle NY 10801 أو إرسال بريد إلكتروني على العنوان NRFfinancialAssistance@montefiore.org للحصول على مساعدة مجانية وسريّة. يمكن العثور على مزيد من المعلومات حول سياسة المساعدة المالية على العنوان <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68>. يمكنك أيضاً الحصول على استشارة تقديم بدون تكلفة من خلال البريد الإلكتروني.

من هو الشخص المؤهل للاستفادة من الخصم؟ تتوفر المساعدة المالية للمرضى الذين لا يتمتعون بتأمين صحي، أو الذين يتمتعون بتغطية تأمينية صحية محدودة تتوفر في منطقة الخدمة الرئيسية بالمركز الطبي (ولاية نيويورك).

يوفر "مركز مونتي فيوري الطبي" أيضاً ترتيبات للدفع للمرضى الذين يتمتعون بتغطية تأمينية، ولكن توجد لديهم نفقات إضافية لا يمكنهم تحملها، أو تشكل قدرًا من الصعوبة بالنسبة لهم.

أي شخص في ولاية نيويورك يحتاج إلى خدمات طارئة أو خدمات طبية عاجلة يمكنه تلقي الرعاية والحصول على خصم.

لا يمكن حرمانك من الحصول على خدمات طارئة أو خدمات طبية عاجلة بسبب احتياجك لمساعدة مالية.

يمكنك التقدم للحصول على خصم بغض النظر عن حالة الهجرة.

ما الحدود الخاصة بالدخل؟

يختلف مبلغ الخصم حسب دخلك وعدد أفراد عائلتك. إذا لم يكن لديك تأمين صحي، أو إذا كان التأمين الصحي لديك محدوداً، فهي هي الحدود الخاصة بالدخل:

فئات الدخل الإجمالي (الحدود العليا)											2021
11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	مستوى الفقر المحدد - فيدراليًا
أكثر من 500%	500%	400%	300%	250%	200%	185%	175%	150%	125%	100%	حجم العائلة
64,400\$	64,400\$	51,520\$	38,640\$	32,200\$	25,760\$	23,828\$	22,540\$	19,320\$	16,100\$	12,880\$	1
87,100\$	87,100\$	69,680\$	52,260\$	43,550\$	34,840\$	32,227\$	30,485\$	26,130\$	21,775\$	17,420\$	2
109,800\$	109,800\$	87,840\$	65,880\$	54,900\$	43,920\$	40,626\$	38,430\$	32,940\$	27,450\$	21,960\$	3
132,500\$	132,500\$	106,000\$	79,500\$	66,250\$	53,000\$	49,025\$	46,375\$	39,750\$	33,125\$	26,500\$	4
155,200\$	155,200\$	124,160\$	93,120\$	77,600\$	62,080\$	57,424\$	54,320\$	46,560\$	38,800\$	31,040\$	5
177,900\$	177,900\$	142,320\$	106,740\$	88,950\$	71,160\$	65,823\$	62,265\$	53,370\$	44,475\$	35,580\$	6
200,600\$	200,600\$	160,480\$	120,360\$	100,300\$	80,240\$	74,222\$	70,210\$	60,180\$	50,150\$	40,120\$	7
223,300\$	223,300\$	178,640\$	133,980\$	111,650\$	89,320\$	82,621\$	78,155\$	66,990\$	55,825\$	44,660\$	8
	22,700\$	18,160\$	13,620\$	11,350\$	9,080\$	8,399\$	7,945\$	6,810\$	5,675\$	4,540\$	لكل شخص إضافي يجب إضافته

2021 استنادًا إلى المبادئ التوجيهية لمستوى الفقر المحدد فيدراليًا لسنة

ماذا لو لم أتوافق مع حدود الدخل المنصوص عليها؟

إذ لم تتمكن من دفع فاتورتك، فإن مركز مونتي فيوري الطبي تتوفر لديه فئة للمساعدة المالية مناسبة للجميع المتقدمين. تعتمد نسبة الخصم على دخلك السنوي وعدد أفراد عائلتك. كما توفر أيضًا خطط دفع ممتدة بحيث لا يتجاوز المبلغ الشهري المدفوع نسبة 10% من دخلك الشهري. كما يتوفر خصم مجاملة للمرضى الذين يتجاوز مستوى الفقر الفيدرالي لديهم 500%. كما تتوفر أيضًا خصومات على الدفع الذاتي مقابل الخدمات غير الطبية.

هل يمكن لأحد الأشخاص توضيح الخصم؟ هل يمكن لأحد الأشخاص مساعدتي على التقدم؟

نعم، تتوفر مساعدة سرية مجانية أيضًا. يمكنك الاتصال برقم المساعدة المالية على 914-365-3812.

إذا لم تكن تتحدث الإنجليزية، فسيساعدك أحد الأشخاص ممن يتحدثون بلغتك. التطبيقات، والملخصات، والسياسة الكاملة تتوفر أيضًا بعدة لغات بدون مقابل.

يمكن للمثل المساعدة المالية إفادتك بما إذا كنت مؤهلاً للاستمتاع بالتأمين منخفض التكلفة، مثل تأمين Medicaid، أو Child Health Plus، أو Qualified Health Plan (خلال فترة التسجيل المفتوح).

إذا وجد ممثل المساعدة المالية أنك غير مؤهل للاستمتاع بالتأمين منخفض التكلفة، فسيساعدك على التقدم للاستفادة من خصم.

سيساعدك الممثل على استكمال جميع الاستمارات، ويفيدك بالمستندات التي تحتاج إلى تقديمها.

الرجاء التفضل بزيارة الموقع التالي أو <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68> للحصول على معلومات أو مساعدة إضافية.

16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801 أو ارسل طلبك بالبريد الإلكتروني على العنوان

NRFinancialAssistance@montefiore.org.

ماذا أحتاج لكي أتقدم للحصول على خصم؟

دليل مقبول يوضح الدخل:

- بيان البطالة
- الضمان الاجتماعي/خطاب مبلغ المعاش
- كعوب إيصالات الدفع/خطاب التحقق من العمل
- خطاب الدعم
- خطاب التصديق الذاتي (في الظروف المناسبة)
- الإقرار الضريبي أو W2

جميع الخدمات الطبية الضرورية المقدمة بواسطة "مركز مونتي فيوري الطبي" يتم تغطيتها ضمن الخصم. يتضمن ذلك خدمات المرضى الخارجيين، والرعاية الطارئة، ودخول الطوارئ للمرضى الداخليين.

النفقات من الأطباء الخصوصيين الذين يوفر خدمات في المستشفى لا يتم تغطيتها. ينبغي عليك التحدث إلى الأطباء الخصوصيين لكي تحدد ما إذا كانوا يوفر خدمات أو خطط للدفع. للحصول على قائمة بمزودي الخدمات، وما إذا كانوا يشاركون في برنامج المساعدة المالية الخاص بالمركز الطبي، برجاء التفضل بزيارة موقعنا على الإنترنت على العنوان

<http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=68> أو يمكن الاتصال بمكتب المساعدة المالية، حيث يمكن توفير أحد الأشخاص لمساعدتك، أو يمكن التواصل مع أحد الأشخاص عبر البريد الإلكتروني.

Montefiore | New Rochelle

كم يبلغ المقابل المطلوب مني دفعه؟

المقابل الخاص بالخدمة المخصص للمرضى الخارجيين، أو مقابل غرفة الطوارئ يبدأ من \$0 للأطفال والحوامل، وذلك حسب مستوى دخلك. المبلغ المخصص لخدمة المرضى الخارجيين، أو مقابل غرفة الطوارئ يبدأ من \$15 للبالغين، وذلك حسب مستوى دخلك. سيعطيك ممثل المساعدة المالية التفاصيل الخاصة بالخصم (الخصومات) الخاصة بك بمجرد التعامل مع الطلب الخاص بك. لن يتم تحميل المرضى بأي تكلفة تزيد عن المبالغ المحملة بالفعل على الفاتورة مقابل خدمة الطوارئ، أو أي رعاية طبية طارئة.

كيف يمكنني الاستفادة من الخصم؟

يجب عليك ملء استمارة التقديم. بمجرد توفر دليل بوضوح دخلك، يمكننا التعامل مع طلب التقديم الخاص بك للحصول على خصم، وذلك حسب مستوى دخلك. تتوفر أمامك فرصة لمدة 30 يوم لاستكمال طلب التقديم. يمكنك التقدم للحصول على خصم قبل تحديد موعد لمقابلتك، وذلك عند قدومك إلى المستشفى لتلقي الرعاية، أو عند ورود الفاتورة ضمن البريد الإلكتروني.

ارسل الاستمارة الكاملة إلى New Rochelle at 16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801/ Financial Aid Office/Main Cashiers.

بمجرد تقديم طلب تقديم ومستندات كاملة، يحق لك تجاهل أي فواتير حتى تتوصل المستشفى إلى قرار بخصوص الطلب الخاص بك.

كيف يمكنني أن أعرف ما إذا تمت الموافقة على طلبي بالاستفادة من الخصم؟

سيرسل لك "مركز مونتي فيوري الطبي" خطابًا في خلال 30 يومًا من تاريخ استكمال وتقديم المستندات يفيدك بما إذا تم اعتمادك من عدمه، ومستوى الخصم المتلقي.

ماذا لو تلقيت فاتورة أثناء انتظاري الحصول على خصم؟

لا يمكن مطالبتك بدفع فاتورة مستشفى أثناء دراسة طلبك بالحصول على خصم. في حالة تنحية طلبك، يجب على المستشفى إفادتك كتابيًا بذلك، ويجب عليها إمدادك بطريقة تتيح لك إمكانية استئناف هذا القرار إلى مستوى إداري أعلى داخل المستشفى.

ماذا لو كانت لدي مشكلة لا يمكنني حلها مع المستشفى؟

يمكنك الاتصال بالخط الساخن الخاص بالشكاوى بالإدارة الصحية بولاية نيويورك على رقم 1-800-804-5447.

Montefiore | New Rochelle

Montefiore | New Rochelle

المرفق ب
طلب التقديم

مركز مونتي فيوري الطبي
طلب التقديم للحصول على المساعدة المالية
بيانات طلب التقديم

اسم المريض	رقم الضمان الاجتماعي			
العنوان	تاريخ التقديم			
المدينة	الولاية	الرقم البريدي		
الهاتف	العلاقة بالمريض	المريض نفسه الزوج/الزوجة الابن/الابنه الأب/الأم الجد/الجدة الحفيد/الحفيدة غير ذلك		
إجمالي الدخل السنوي	عدد أفراد العائلة	الرصيد الحالي		
ورقة عمل التأهل: لاستخدام المكتب فقط				
ممثل المساعدة المالية	رصيد الحساب المضبوط			
MRN المريض	رقم الحساب	الرقم المرجعي للفاتورة		
IRS الدخل المعتمد	المستندات الداعمة	1. كعب إيصال الدفع 2. خطاب الوظيفة	نعم لا	
الدخل الإجمالي السنوي المعتمد	تحديد آخر:			
المتقدم معتمد للحصول على مساعدة مالية ضمن مستوى الفئة التالية (1 - 12)				
تاريخ الطلب الخاص بالمتقدم	تاريخ استلام المعاملة الضريبية	IRS لتاريخ استلام المعاملة الضريبية		
تاريخ استلام الطلب	تاريخ الحساب المضبوط	تاريخ الحساب المضبوط		
تاريخ إشعار المساعدة المالية	تاريخ الاعتماد/الرفض	تاريخ الاعتماد/الرفض		

معتمد بواسطة:

توقعي على هذه الاستمارة يعيد التأكيد على الإقرارات الخاصة بتخصيص المعونات والتصريح بالمعلومات المتعلقة بالخدمات الطبية المقدمة من خلال "مركز مونتي فيوري الطبي".

على الرغم من أنني مؤهل للحصول على المساعدة المالية، إلا أنني أوافق على إبلاغ "مركز مونتي فيوري الطبي" بأي تغييرات تطرأ على حالة عائلتي فيما يتعلق بعدد أفراد العائلة، والتغييرات التي قد تطرأ على الدخل، والتغطية الصحية التي قد تغير تأهلي للحصول على مساعدة مالية. أنا أفوض صاحب العمل وشركة التأمين الصحي لإعطاء "مركز مونتي فيوري الطبي" معلومات حول الدخل، وأقساط التأمين الصحي، والتأمين المشترك، والمدفوعات المشتركة، والاستقطاعات، والمعونات المغطاة الخاصة بي.

في حالة ما إذا كنت أسعى للحصول على مساعدة مالية بسبب تعرضي لحادث أو أي موقف عرضي، وتلقيت أموالاً بسبب هذا الحادث، أو الموقف العرضي من أي مصدر مثل "تعويضات العمال"، أو أي شركة تأمين، فسأقوم بإعادة دفع المبالغ الخاصة بـ "مركز مونتي فيوري الطبي" الخاصة بالخدمات الطبية المقدمة من خلال "مركز مونتي فيوري الطبي" والمدفوعة مقابل أو المضبوطة بواسطة "المساعدة المالية".

جميع المعلومات المحتواة في هذه الاستمارة صحيحة حسب معلوماتي، وأوافق على توفير المستندات الدالة عليها عند الطلب.

التاريخ		الاسم المطبوع للمريض
		توقيع المريض
مسموح لي بمقتضى القانون بتقديم الموافقة نيابة عن المريض المذكور أعلاه. علاقتي بالمريض واضحة كما يلي:		
التاريخ		توقيع الممثل المعتمد
		العلاقة بالمريض

أكمل الإقرار الخاص بهذا الطلب وقم بإرساله إلى العنوان التالي:

.Montefiore New Rochelle at 16 Guion Place, New Rochelle, NY 10801/ Financial Aid Office/Main Cashiers
بمجرد تقديم طلب تقديم ومستندات كاملة، يحق لك تجاهل أي فواتير حتى
تتوصل المستشفى إلى قرار بخصوص الطلب الخاص بك. برجاء إكمال هذا الطلب في خلال 30 يوماً.