

Περίληψη χρηματοδοτικής συνδρομής

Το Ιατρικό Κέντρο Montefiore αναγνωρίζει ότι υπάρχουν φορές που οι ασθενείς που χρειάζονται φροντίδα θα δυσκολευτούν να πληρώσουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η οικονομική βοήθεια παρέχει εκπτώσεις σε άτομα που πληρούν τις προϋποθέσεις με βάση το εισόδημα και το μέγεθος της οικογένειας. Επιπλέον, μπορούμε να σας βοηθήσουμε να υποβάλετε αίτηση για δωρεάν ή χαμηλού κόστους ασφάλιση, εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις. Απλά καλέστε ή επισκεφθείτε έναν Οικονομικό Σύμβουλο σε ιστότοπους που αναφέρονται στη Σελίδα 2 ή στείλτε financialaid@montefiore.org email για δωρεάν, εμπιστευτική βοήθεια. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την πολιτική χρηματοδοτικής συνδρομής διατίθενται στη διεύθυνση <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>. Μπορείτε επίσης να λάβετε μια αίτηση χωρίς κόστος μέσω ταχυδρομείου.

Ποιος δικαιούται έκπτωση;

Η οικονομική βοήθεια είναι διαθέσιμη για ασθενείς χωρίς ασφάλιση υγείας ή περιορισμένη ασφαλιστική κάλυψη υγείας που διαμένουν στην κύρια περιοχή εξυπηρέτησης του ιατρικού κέντρου (πολιτεία της Νέας Υόρκης).

Το Ιατρικό Κέντρο Montefiore παρέχει επίσης ρυθμίσεις πληρωμής σε ασθενείς που έχουν ασφαλιστική κάλυψη αλλά έχουν έξοδα από την τσέπη τους που δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά ή να θεωρήσουν δυσκολία.

Όλοι στην πολιτεία της Νέας Υόρκης που χρειάζονται επείγουσες ή ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες μπορούν να λάβουν φροντίδα και να λάβουν έκπτωση.

Δεν μπορείτε να αρνηθείτε την επείγουσα ή ιατρικά αναγκαία περίθαλψη επειδή χρειάζεστε οικονομική βοήθεια.

Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για έκπτωση ανεξάρτητα από το καθεστώς μετανάστευσης.

Ποια είναι τα εισοδηματικά όρια;

Το ποσό της έκπτωσης ποικίλλει ανάλογα με το εισόδημά σας και το μέγεθος της οικογένειάς σας. Εάν δεν έχετε ασφάλιση υγείας ή περιορισμένη ασφάλιση υγείας, αυτά είναι τα όρια εισοδήματος:

2026					
Federal Poverty Level	1	2	3	4	5
Family Size	BELOW 200%	200%-300%	301%-400%	401%-500%	over 500%
1	\$31,920	\$47,880	\$63,840	\$79,800	
2	\$43,280	\$64,920	\$86,560	\$108,200	
3	\$54,640	\$81,960	\$109,280	\$136,600	
4	\$66,000	\$99,000	\$132,000	\$165,000	
5	\$77,360	\$116,040	\$154,720	\$193,400	
6	\$88,720	\$133,080	\$177,440	\$221,800	
7	\$100,080	\$150,120	\$200,160	\$250,200	
8	\$111,440	\$167,160	\$222,880	\$278,600	
For each additional person Add.	\$11,360	\$17,400	\$22,720	\$28,400	
* Based on the 2026 Federal Poverty Guidelines					

Εάν το οικογενειακό σας εισόδημα είναι μικρότερο ή ίσο με το 200% του FPG, ενδέχεται να δικαιούστε δωρεάν νοσοκομειακή ή νοσοκομειακή κλινική. Εάν το οικογενειακό σας εισόδημα κυμαίνεται μεταξύ 201% και 500% του FPG. Ενδέχεται να πληρώτε τις προϋποθέσεις για μερική οικονομική βοήθεια. Εάν πληρώτε τις προϋποθέσεις, δεν θα χρεωθείτε περισσότερο από

το ποσό που χρεώνεται γενικά στον ασφαλισμένο για την παρεχόμενη περίθαλψη.

Τι γίνεται αν δεν πληρώ τα εισοδηματικά όρια;

Εάν δεν μπορείτε να πληρώσετε το λογαριασμό σας, το Montefiore Medical Center διαθέτει κατηγορία οικονομικής βοήθειας για όλους όσους υποβάλλουν αίτηση. Το ποσοστό της έκπτωσης εξαρτάται από το ετήσιο εισόδημά σας και το μέγεθος της οικογένειάς σας. Προσφέρουμε επίσης εκτεταμένα προγράμματα πληρωμών και η μηνιαία πληρωμή δεν θα υπερβαίνει το 5% του μηνιαίου εισοδήματός σας. Μια έκπτωση αυτοπληρωμής είναι διαθέσιμη για ασθενείς άνω του 500% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας. Εκπτώσεις αυτοπληρωμής είναι επίσης διαθέσιμες για μη ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες.

Μπορεί κάποιος να εξηγήσει την έκπτωση; Μπορεί κάποιος να με βοηθήσει να υποβάλω αίτηση;

Ναι, διατίθεται δωρεάν, εμπιστευτική βοήθεια.

Εάν δεν μιλάτε αγγλικά, κάποιος θα σας βοηθήσει στη δική σας γλώσσα. Οι αιτήσεις, οι περιλήψεις και η πλήρης πολιτική είναι επίσης διαθέσιμες σε πολλές γλώσσες χωρίς κόστος.

Ο Οικονομικός Σύμβουλος μπορεί να σας πει εάν πληρώτε τις προϋποθέσεις για δωρεάν ή χαμηλού κόστους ασφάλιση, όπως Medicaid, Child Health Plus ή Qualified Health Plan (κατά την ανοιχτή εγγραφή).

Εάν ο Οικονομικός Σύμβουλος διαπιστώσει ότι δεν πληρώτε τις προϋποθέσεις για ασφάλιση χαμηλού κόστους, θα σας βοηθήσει να υποβάλετε αίτηση για έκπτωση.

Ο Σύμβουλος θα σας βοηθήσει να συμπληρώσετε όλες τις φόρμες και να σας πει ποια έγγραφα πρέπει να φέρετε.

Επισκεφθείτε μία από τις παρακάτω τοποθεσίες ή <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> για πρόσθετες πληροφορίες ή βοήθεια.

- 111 East 210th Street (Αίθουσα RS-001) 718-920-5658 (Πανεπιστημιούπολη Μουσή)
- 600 East 233rd Street (Κεντρική εγγραφή) 718-920-9660 (Πανεπιστημιούπολη Wakefield)
- 1825 Eastchester Road (Γραφείο εισδοχής) 718-904-3551 (Πανεπιστημιούπολη Weiler)
- 2475 St. Raymond Avenue (Εγγραφή εξωτερικών ασθενών) 718-430-7339 (Westchester Square Campus)

Τι χρειάζομαι για να κάνω αίτηση για έκπτωση;

Αποδεκτή απόδειξη εισοδήματος:

- Δήλωση ανεργίας
- Επιστολή Κοινωνικής Ασφάλισης / Σύνταξης
- Paystubs/Επιστολή επαλήθευσης απασχόλησης
- Επιστολή υποστήριξης
- Επιστολή αυτοβεβαίωσης (σε κατάλληλες περιστάσεις)
- Φορολογική δήλωση ή W2

Όλες οι ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες που παρέχονται από το Montefiore Medical Center καλύπτονται από την έκπτωση. Αυτό περιλαμβάνει υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, επείγουσα περίθαλψη και εισαγωγές εσωτερικών ασθενών.

Οι χρεώσεις από ιδιώτες ιατρούς που παρέχουν υπηρεσίες στο νοσοκομείο ενδέχεται να μην καλύπτονται. Θα πρέπει να μιλήσετε με ιδιώτες γιατρούς για να δείτε αν προσφέρουν έκπτωση ή πρόγραμμα πληρωμών. Για τη λίστα των παρόχων και για το αν συμμετέχουν ή όχι στο Πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας του Ιατρικού Κέντρου παρακαλούμε επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας στο <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> ή επικοινωνήστε με το γραφείο Οικονομικής Βοήθειας και μπορείτε να σας παρασχεθεί αυτοπροσώπως ή μέσω ταχυδρομείου στο financialaid@montefiore.org.

Πόσο πρέπει να πληρώσω;

Το ποσό για μια υπηρεσία εξωτερικών ασθενών ή το δωμάτιο έκτακτης ανάγκης ξεκινά από \$ 0 για παιδιά και έγκυες γυναίκες, ανάλογα με το εισόδημά σας. Το ποσό για την υπηρεσία εξωτερικών ασθενών ή την αίθουσα έκτακτης ανάγκης ξεκινά από \$ 0 για ενήλικες, ανάλογα με το εισόδημά σας.

Ο Οικονομικός μας Σύμβουλος θα σας δώσει τις λεπτομέρειες σχετικά με τις συγκεκριμένες εκπτώσεις σας μόλις ολοκληρωθεί η επεξεργασία της αίτησής σας.

Οι ασθενείς δεν θα χρεώνονται περισσότερο από τα ποσά που χρεώνονται γενικά για επείγουσα ή άλλη ιατρικά αναγκαία περίθαλψη.

Πώς μπορώ να λάβω την έκπτωση;

Πρέπει να συμπληρώσετε το έντυπο αίτησης. Μόλις έχουμε απόδειξη του εισοδήματός σας, μπορούμε να επεξεργαστούμε την αίτησή σας για έκπτωση ανάλογα με το επίπεδο εισοδήματός σας. Θα έχετε 30 ημέρες για να ολοκληρώσετε την αίτηση.

Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για έκπτωση πριν κλείσετε ραντεβού, όταν έρχεστε στο νοσοκομείο για περίθαλψη ή όταν ο λογαριασμός έρχεται ταχυδρομικά.

Στείλτε τη συμπληρωμένη φόρμα στο Montefiore Medical Center στο financialaid@montefiore.org.

Μόλις υποβάλετε μια συμπληρωμένη αίτηση και έγγραφα, μπορείτε να αγνοήσετε τυχόν λογαριασμούς έως ότου το Το νοσοκομείο έχει εκδώσει απόφαση σχετικά με την αίτησή σας.

Πώς θα ξέρω αν έχω εγκριθεί για την έκπτωση;

Το Ιατρικό Κέντρο Montefiore θα σας στείλει επιστολή εντός 30 ημερών από την ολοκλήρωση και την υποβολή των εγγράφων, λέγοντάς σας εάν έχετε εγκριθεί και το επίπεδο έκπτωσης που λάβατε.

Τι γίνεται αν λάβω λογαριασμό ενώ περιμένω να μάθω αν μπορώ να λάβω έκπτωση;

Δεν μπορεί να σας ζητηθεί να πληρώσετε λογαριασμό νοσοκομείου κατά την εξέταση της αίτησής σας για έκπτωση. Εάν η αίτησή σας απορριφθεί, το νοσοκομείο πρέπει να σας ενημερώσει γραπτώς για τους λόγους και πρέπει να σας παράσχει έναν τρόπο να προσφύγετε κατά της απόφασης αυτής σε υψηλότερο επίπεδο εντός του νοσοκομείου.

Τι γίνεται αν έχω κάποιο πρόβλημα που δεν μπορώ να επιλύσω με το νοσοκομείο;

Μπορείτε να καλέσετε την τηλεφωνική γραμμή καταγγελιών του Υπουργείου Υγείας της Νέας Υόρκης στο 1-800-804-5447.

Montefiore

Αίτηση οικονομικής βοήθειας NYS Uniform Hospital

Μπορεί να δικαιούστε νοσοκομειακή οικονομική βοήθεια για να πληρώσετε τους λογαριασμούς σας εάν είστε ανασφάλιστοι, εάν η ασφάλειά σας έχει εξαντληθεί ή εάν έχετε ασφάλιση υγείας αλλά έχετε απόδειξη καταβληθέντων ιατρικών εξόδων συνολικού ύψους άνω του 10% του εισοδήματός σας. Συμπληρώνοντας αυτή τη φόρμα θα ξεκινήσει το αίτημά σας για οικονομική βοήθεια στο νοσοκομείο. Αυτή η φόρμα χρησιμοποιείται από όλα τα νοσοκομεία στην πολιτεία της Νέας Υόρκης.

Αυτή η αίτηση πρέπει να εκτυπωθεί στις κύριες¹ γλώσσες που ομιλούνται από τους ασθενείς που εξυπηρετούνται από το νοσοκομείο.

Όνομα ασθενούς (πλήρεις πληροφορίες που ισχύουν)

Όνομα ασθενούς (Πρώτο, Μεσαίο, Τελευταίο)		
Ημερομηνία γέννησης (μμ/ηη/εεεε)		
Διεύθυνση	Διαμέρισμα/Μονάδα #	
Πόλη	Κράτος	Δραστηριότητα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας #		
Όνομα γονέα/κηδεμόνα ή νόμιμου εκπροσώπου (εάν ο ασθενής είναι ανήλικο τέκνο ή ενήλικας ανίκανος προς δικαιοπραξία)		
Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (εάν υπάρχει)		

Οικογενειακές πληροφορίες:

Παρακαλείσθε να αναφέρετε παρακάτω όλα τα μέλη της οικογένειάς σας στο νοικοκυριό σας. Το νοικοκυριό σας περιλαμβάνει τον εαυτό σας, τον/τη σύζυγό σας ή τον/τη σύντροφό σας, καθώς και τυχόν παιδιά ή άλλα εξαρτώμενα μέλη. Για παράδειγμα, αυτό θα περιλαμβάνει όλους όσους αναφέρονται στην ίδια φορολογική δήλωση.

Ως ακαθάριστο εισόδημα νοείται το εισόδημά σας **προ φόρων** που αφαιρείται.

Το ακαθάριστο εισόδημα μπορεί να αποτελείται από αποδοχές εργασίας (μισθοί, ημερομίσθια, φιλοδωρήματα, αποδοχές από αυτοαπασχόληση), μη δεδουλευμένο εισόδημα (κοινωνική ασφάλιση, αναπηρία και επιδόματα ανεργίας), εισφορές (κεφάλαια από οικογένεια ή φίλους) και άλλες πηγές εισοδήματος (προσωρινή βοήθεια και συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλειας).

Όνοματεπώνυμο	Σχέση	Συνολικό Ακαθάριστο Εισόδημα (Τρέχον)
	Εαυτός	

¹ Οι «κύριες γλώσσες» περιλαμβάνουν οποιαδήποτε γλώσσα χρησιμοποιείται για την επικοινωνία τουλάχιστον στο 5% των επισκέψεων ασθενών ετησίως ή οποιαδήποτε γλώσσα ομιλείται από περισσότερο από το 1% του

πληθυσμού της περιοχής πρωτοβάθμιας νοσοκομειακής υπηρεσίας, όπως υπολογίζεται χρησιμοποιώντας δημογραφικές πληροφορίες διαθέσιμες από το Γραφείο Απογραφής των Ηνωμένων Πολιτειών, συμπληρωμένες με δεδομένα από σχολικά συστήματα.

Το νοσοκομείο μπορεί να σας ζητήσει να υποβάλετε έγγραφα ως απόδειξη εισοδήματος. Παραδείγματα τεκμηρίωσης μπορεί να περιλαμβάνουν ένα στέλεχος πληρωμής, μια επιστολή από τον εργοδότη σας, εάν υπάρχει, ή το έντυπο 1040.

Καθεστώς ασφάλισης υγείας

Έχετε κάποια μορφή ασφάλισης υγείας, συμπεριλαμβανομένων των Medicaid, Medicare ή ιδιωτικής ασφάλισης μέσω του εργοδότη σας ή αγοράσατε μόνοι σας; ☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν απαντήσατε "Όχι", θα θέλατε βοήθεια για την υποβολή αίτησης για οποιοδήποτε από αυτά τα προγράμματα;

☐ Ναι ☐ Όχι

Ανασφάλιστοι ασθενείς: άτομα με ασφάλιση και υψηλά ιατρικά έξοδα. Εάν έχετε ασφάλιση, δώστε μια εκτίμηση των ιατρικών λογαριασμών που πληρώσατε τους τελευταίους 12 μήνες.

\$

Το νοσοκομείο μπορεί να σας ζητήσει να υποβάλετε έγγραφα ως απόδειξη των καταβληθέντων ιατρικών εξόδων.

Ασθενής/Υπεύθυνος Ασθενής: Εάν δεν είναι ο ασθενής, αναφέρετε το όνομα του ατόμου που υπογράφει το έντυπο και την εξουσιοδότησή του να υπογράψει εκ μέρους του ασθενούς (π.χ. σύζυγος, γονέας, νόμιμος εκπρόσωπος).

Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που υποβάλλω ενδέχεται να υπόκεινται σε επαλήθευση από εξωτερικές πηγές. Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες είναι αληθείς και πλήρεις εξ όσων γνωρίζω.

Όνομα εκτύπωσης	Ημερομηνία
Σχέση με τον ασθενή	
Υπογραφή	