

Περίληψη Οικονομικής Βοήθειας

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. Απλώς επικοινωνήστε με έναν εκπρόσωπο οικονομικής βοήθειας στο 914-361-6899, μεταβείτε στη διεύθυνση 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10550 ή στείλτε email MVFinancialAssistance@montefiore.org για δωρεάν, εμπιστευτική βοήθεια. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την πολιτική οικονομικής βοήθειας μπορείτε να βρείτε στο <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69>. Μπορείτε επίσης να λάβετε μια αίτηση χωρίς κόστος μέσω ταχυδρομείου.

Ποιος πληροί τις προϋποθέσεις για 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 θεωρούν 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 σας αρνηθούν επείγουσα ή ιατρικά απαραίτητη 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:

Συνημμένο Α: Ομοσπονδιακό επίπεδο φτώχειας και ποσοστά οικονομικής βοήθειας

2026					
Ομοσπονδιακό επίπεδο φτώχειας	1	2	3	4	5
Μέγεθος οικογένειας	ΚΑΤΩ ΑΠΟ 200%	200%-300%	301%-400%	401%-500%	πάνω από 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	
Για κάθε επιπλέον άτομο Προσθήκη.	\$11,360	\$17,040	\$22,720	\$28,400	
* Με βάση τις ομοσπονδιακές κατευθυντήριες γραμμές για τη φτώχεια του 2026					

Τι γίνεται αν δεν πληρώ τα εισοδηματικά όρια;

Εάν δεν μπορείτε να πληρώσετε τον λογαριασμό σας, το Ιατρικό Κέντρο Montefiore 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 δέκα τοις εκατό του μηνιαίου εισοδήματός σας. Διατίθεται έκπτωση ευγένειας για ασθενείς άνω του 500% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας. Διατίθενται επίσης εκπτώσεις αυτοπληρωμής για μη ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες.

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

Ναι, διατίθεται δωρεάν, εμπιστευτική βοήθεια. Καλέστε την Οικονομική Βοήθεια στο 914-361-6899.

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

Ο Εκπρόσωπος Οικονομικής Βοήθειας μπορεί να σας πει εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις για δωρεάν ή χαμηλού κόστους ασφάλιση, όπως Medicaid, Child Health Plus ή Πιστοποιημένο Πρόγραμμα Υγείας (κατά την ανοιχτή εγγραφή).

Εάν ο Εκπρόσωπος Οικονομικής Βοήθειας διαπιστώσει ότι δεν πληροίτε τις προϋποθέσεις για ασφάλιση χαμηλού κόστους, θα σας βοηθήσει να υποβάλετε αίτηση για έκπτωση.

Ο Εκπρόσωπος θα σας βοηθήσει να συμπληρώσετε όλες τις φόρμες και θα σας πει ποια έγγραφα πρέπει να έχετε μαζί σας.

Επισκεφθείτε την παρακάτω τοποθεσία ή <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> για πρόσθετες πληροφορίες ή βοήθεια.

12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10550 ή στείλτε το αίτημά σας μέσω email στο MVFinancialAssistance@montefiore.org.

Τι χρειάζομαι για να υποβάλω αίτηση για έκπτωση;

Αποδεκτή απόδειξη εισοδήματος:

- Δήλωση ανεργίας
- Επιστολή Απονομής Κοινωνικής Ασφάλισης/Σύνταξης
- Εκκαθαριστικά σημειώματα/Επιστολή επαλήθευσης απασχόλησης
- Επιστολή υποστήριξης
- Επιστολή αυτοβεβαίωσης (υπό κατάλληλες συνθήκες)
- 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 έκτακτης ανάγκης σε εσωτερικούς ασθενείς.

Οι χρεώσεις από ιδιώτες γιατρούς που παρέχουν υπηρεσίες στο νοσοκομείο ενδέχεται να μην καλύπτονται. Θα πρέπει να μιλήσετε με ιδιώτες γιατρούς για να δείτε εάν προσφέρουν έκπτωση ή πρόγραμμα πληρωμής. Για μια λίστα παρόχων και εάν συμμετέχουν ή όχι στο Πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας του Ιατρικού Κέντρου, επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση <http://www.montefiorehealthsystem.org/body.cfm?id=69> ή επικοινωνήστε με το γραφείο Οικονομικής Βοήθειας και μπορεί να σας παρασχεθεί αυτοπροσώπως ή μέσω ταχυδρομείου.

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 το δωμάτιο έκτακτης ανάγκης ξεκινά από 15 \$ για ενήλικες, ανάλογα με το εισόδημά σας.

Ένας εκπρόσωπος οικονομικής βοήθειας θα σας δώσει τις λεπτομέρειες σχετικά με τις συγκεκριμένες εκπτώσεις σας μόλις διεκπεραιωθεί η αίτησή σας.

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

Πώς μπορώ να έχω έκπτωση;

Πρέπει να συμπληρώσετε τη φόρμα 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 συμπληρώσετε την αίτηση.

Μπορείτε να κάνετε αίτηση για έκπτωση πριν κλείσετε ραντεβού, όταν έρθετε στο νοσοκομείο για να λάβετε περίθαλψη ή όταν ο λογαριασμός έρθει ταχυδρομικώς.

Στείλτε τη συμπληρωμένη φόρμα στο Montefiore Mount Vernon 12 North 7th Avenue Mt. Vernon, NY 10550 / Financial Aid Office/Main Cashiers.

Αφού υποβάλετε μια συμπληρωμένη αίτηση και τεκμηρίωση, μπορείτε να αγνοήσετε τυχόν λογαριασμούς έως ότου το νοσοκομείο εκδώσει απόφαση σχετικά με την αίτησή σας.

Πώς θα ξέρω αν έχω εγκριθεί για την έκπτωση;

Το Ιατρικό Κέντρο Montefiore θα σας στείλει μια επιστολή εντός 30 ημερών από την ολοκλήρωση και την υποβολή της τεκμηρίωσης, ενημερώνοντάς σας εάν έχετε εγκριθεί και το επίπεδο της έκπτωσης που λάβατε.

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

Δεν μπορεί να σας ζητηθεί να πληρώσετε έναν λογαριασμό νοσοκομείου ενώ εξετάζεται η αίτησή σας για έκπτωση. Εάν η αίτησή σας απορριφθεί, το νοσοκομείο πρέπει να σας πει γραπτώς τον λόγο και πρέπει να σας παράσχει έναν τρόπο να ασκήσετε έφεση κατά αυτής της απόφασης 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 παραπόνων του Υπουργείου Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στο 1-800-804-5447.

Montefiore

Αίτηση Οικονομικής Βοήθειας Ενιαίου Νοσοκομείου της Νέας Υόρκης

Μπορεί να δικαιούστε νοσοκομειακή οικονομική βοήθεια για να πληρώσετε τους λογαριασμούς σας εάν είστε ανασφάλιστοι, εάν η ασφάλισή σας έχει εξαντληθεί ή εάν έχετε ασφάλιση υγείας αλλά έχετε απόδειξη καταβληθέντων ιατρικών εξόδων συνολικού ύψους άνω του 10% του εισοδήματός σας. Η συμπλήρωση αυτής της φόρμας θα ξεκινήσει το αίτημά σας για νοσοκομειακή οικονομική βοήθεια.

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 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	Φερμουάρ
Τηλέφωνο Επικοινωνίας #		
Όνομα γονέα/κηδεμόνα ή νόμιμου εκπροσώπου (εάν ο ασθενής είναι ανήλικο παιδί ή ανίκανος ενήλικας)		
Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (εάν υπάρχει)		

Οικογενειακές πληροφορίες:

Παρακαλείστε να αναφέρετε παρακάτω όλα τα μέλη της οικογένειας στο νοικοκυριό σας. Το νοικοκυριό σας περιλαμβάνει τον εαυτό σας, τον σύζυγό σας ή τον οικιακό σας σύντροφο και τυχόν παιδιά ή άλλα εξαρτώμενα άτομα. Για παράδειγμα, αυτό θα περιλαμβάνει όλους όσους αναφέρονται στην ίδια φορολογική δήλωση.

Ακαθάριστο εισόδημα σημαίνει το εισόδημά σας **πριν αφαιρεθούν** οι φόροι.

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

Όνοματεπώνυμο	Σχέση	Συνολικό Ακαθάριστο Εισόδημα (Τρέχον)
	Εαυτός	

¹ Οι «κύριες γλώσσες» περιλαμβάνουν οποιαδήποτε γλώσσα που χρησιμοποιείται για την επικοινωνία σε

τουλάχιστον 5% των επισκέψεων ασθενών ετησίως ή οποιαδήποτε γλώσσα ομιλείται από περισσότερο από το 1% του πληθυσμού της περιοχής πρωτοβάθμιας νοσοκομειακής εξυπηρέτησης, όπως υπολογίζεται χρησιμοποιώντας δημογραφικές πληροφορίες που διατίθενται 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 απόκομμα πληρωμής, μια επιστολή από τον εργοδότη σας, εάν υπάρχει, ή το Έντυπο 1040.

Κατάσταση 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 να υποβάλετε αίτηση για κάποιο από αυτά τα προγράμματα;

Ναι Όχι

Υποασφαλισμένοι ασθενείς: άτομα με ασφάλιση και υψηλά ιατρικά έξοδα. Εάν έχετε ασφάλεια, 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: Εάν δεν είναι ο ασθενής, αναφέρετε το όνομα του ατόμου που υπογράφει το έντυπο και την εξουσιοδότησή του να υπογράψει για λογαριασμό 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.

Εκτύπωση ονόματος	Ημερομηνία
Σχέση με τον ασθενή	
Υπογραφή	