

法拉盛医院医疗中心 - 财务援助简介

Flushing Hospital Medical Center - Financial Assistance Summary

法拉盛医院医疗中心(Flushing Hospital Medical Center)理解有的时候需要就医的患者在支付医疗费用时有困难。本中心的「财务援助计划」(Financial Assistance Program)根据个人的收入向符合条件的患者提供优惠。此外,如果您符合条件,我们还可协助您申请免费或低价的医疗保险。您只需致电 718-670-5588 或 5589, 或者前往医院的财务处办公室 (Financial Office), 与我们的财务顾问联系, 要求提供免费且保密的协助。财务处办公室的地址是 146-01 45th Avenue, 6th Floor, Suite 600, Flushing, NY 11355。

欲获得我们免费提供的「财务援助政策」(FAP) 的具体内容及 FAP 申请表, 您可通过以下途径获取:

- 请发送电子邮件至: enroll.flushing@jhmc.org 与我们联系。
- 欢迎您访问我们的网站 www.flushinghospital.org, 然后点击「Financial Assistance」(财务援助) 即可下载 FAP 资料及 FAP 申请表。
- 若想写信寄至上述地址获取相关资讯, 务请注明: 财务处收。

我们所提供的 FAP 宣传信息和 FAP 申请表提供多种语言, 如西班牙语、中文(繁体/简体)、孟加拉语等。请登录本中心网站下载您所需要的文件。

谁有资格获得折扣?

财务援助政策适用于无医疗保险的低收入患者, 本援助政策亦适用于医疗保险不报销必看项目, 或保险限额已用完的患者。所有符合获取经济援助条件的患者其医疗费不会超出医疗补助 (Medicaid/白卡) 可报销给患者需要的任何急诊和必看项目一般收取的费用 (AGB)。

如果, 在医院的判定下, 一位患者可适用于医疗补助 (Medicaid) 或其他的医疗保险计划, 医院政策要求此患者在取得本院的财务援助之前, 先申请那些保险。

纽约州凡是需要急诊服务的每位患者, 如果他们符合最低收入限额条件, 均可获得优惠的医疗服务。

本政策不包括保险自付定额手续费 (co-pays)、共同保险 (co-insurance)、保险自付额 (deductibles) 及美容整容服务等。

凡是住在皇后区 (Queen)、布朗克斯区 (Bronx), 国王郡-布鲁克林区 (Kings - Brooklyn)、纽约市 - 曼哈顿区 (New York - Manhattan)、里奇蒙郡-史坦顿岛区 (Richmond - Staten Island), 或者纳苏郡 (Nassau County) 等地的患者, 如果他们无医疗保险而且符合收入限额条件, 以及其他财务援助所要求的, 均可获得 Flushing Hospital (法拉盛医院) 所提供的医疗上必须的非急诊的就医服务优惠价。

不论您是何种移民身份, 均可提交财务援助申请。

什么叫收入限额?

折扣数额根据您的收入及家庭成员人数而有所不同。如果您没有医疗保险, 以下表格显示的是收入限制: 根据情况, 即使您的收入超出限额, 您仍可能有资格申请财务援助。

家庭成员人数	家庭年收入	家庭月收入	家庭周收入
1	不超过 45,180 美元	不超过 3,765 美元	不超过 870 美元
2	不超过 61,320 美元	不超过 5,112 美元	不超过 1,182 美元
3	不超过 77,460 美元	不超过 6,456 美元	不超过 1,491 美元
4	不超过 93,600 美元	不超过 7,800 美元	不超过 1,800 美元
5	不超过 109,470 美元	不超过 9,147 美元	不超过 2,112 美元
6	不超过 125,880 美元	不超过 10,491 美元	不超过 2,421 美元

*根据 2024 联邦政府贫困线标准 300% 编制

果我不符合收入限额，该怎么办？

如果您无法支付您的帐单，法拉盛医院(Flushing Hospital)会向符合收入限制的病人提供付款计划。您支付的金额视您的收入而定。根据情况，即使您的收入超出这些限额，您仍可能有资格享受付款计划。

没有人可以向我解释折扣的内容呢？有没有人可以协助我申请？

有，我们可以提供免费且保密的协助。请致电财务处办公室，电话是 718-670-5588 或 5589。

如果您不懂英语，会有人员为您翻译。

财务顾问会告诉您是否有资格申请免费或低价的医疗保险，如政府提供的医疗补助 (Medicaid)、儿童保健计划 (Child Health Plus)、合格健保计画 (Qualified Health Plan) 和财务援助计划 (Financial Assistance)。

如果财务顾问发现您不符合申请低价保险的条件，他们会协助您申请折扣。

财务顾问会协助您填写所有表格，并告诉您该提供哪些材料。

我需要准备哪些材料才能申请折扣？

要申请财务援助，您需要：附照片的身份证明、地址证明、四个星期的工资单存根或去年的 W-2 和/或一份说明您如何谋生或被供养的声明。

如果您无法提供任何一种证明，您仍可以申请财务援助。

折扣包括了哪些医疗服务？

所有由法拉盛医院(Flushing Hospital)提供的医疗上必需的服务均可获得折扣，包括门诊、急诊和住院服务。

在医院内提供服务的私人医生的收费可能不包括在内。您应与私人医生商量，看他们是否提供折扣或付款计划。

我需支付多少费用？

儿童和孕妇的门诊或急诊服务的收费从 \$0 美元起计算，视您的收入而定。成人的门诊或急诊服务的收费从 \$15 美元起计算，视您的收入而定。

在处理您的申请後，财务顾问会告诉您特定折扣的详情。

病人押金根据病人的付款能力而定，将与我们提供的其他财务援助一致。一般来说，会向符合条件 (即月收入不高於联邦贫困线的 300%) 的病人提供付款安排计划 (分期付款)。每个月的分期付款上限为病人每月总收入的 10%。

如何获得折扣？

您必须填写申请表。我们一旦收到您的收入证明，即可根据您的收入处理您的折扣申请。

您可以在预约就诊之前、来医院就诊时、或者收到帐单时，申请折扣。

请将填妥的表格寄至法拉盛医院(Flushing Hospital)财务处办公室 (Financial Office)，地址是 146-01 45th Avenue, 6th Floor, Suite 600, Flushing, NY 11355，或直接交到财务处办公室。您可在接受服务之後的 90 天内提交申请表。

我如何知道折扣申请是否获得批准？

法拉盛医院(Flushing Hospital)将在完成和提交文件之後的 30 天内寄信给您，告诉您是否获得了折扣以及得到的折扣数额。

如果我在等待折扣申请结果时收到帐单，该怎么办？

当您的折扣申请正在审批中时，您不必支付医院寄来的帐单。如果您的申请被拒，医院必须以书面形式告诉您理由，而且必须为您提供就此决定向医院更高层上诉的途径。

如果我与医院有无法解决的问题，该怎么办？

您可致电纽约州卫生署投诉热线 1-800-804-5447。

Revised 04/2024



法拉盛医院 - 财务援助申请表

Flushing Hospital Medical Center - Financial Assistance Application

姓名 / Name: _____

地址 / Address: _____

电话 / Phone: _____

家庭大小 / 家中成员人数 / Family size/number in household: _____

	病人收入 Patient income	配偶收入 Spouse income
薪资 / Wages		
社会安全金 / Social Security payment		
失业补助金 / Unemployment compensation		
残障福利金 / Disability		
劳工赔偿金 / Workers compensation		
赡养费/子女抚养费 / Alimony/child support		
股息/利息/租金 / Dividends/interest/rentals		
所有其他收入 / All other income		
总额 / Total		

我确认上述信息真实、完整、正确。 / I affirm that the above information is true, complete, and correct to the best of my knowledge.

签名 / Signed _____ 日期 / Date _____

如果您有疑问或需要协助填写本表，请致电财务处办公室 (Financial Office)，电话为 718-670-5588 或 5589。 / If you have questions or need help completing this application, call the Financial Office.

如果您已经收到医院寄出的帐单，请在此处打勾 / If you have received a bill or bills from the hospital, check here: _____

帐号 / Account number: _____

医院尚未答复您的申请批准信之前，您不必付任何款项。 / You do not have to make any payment to the hospital until the hospital sends you a letter with its decision on your application.

请将填妥的表格和相关附件寄至 / Please send completed form and attachments to:

Financial Office
Flushing Hospital Medical Center
146-01 45th Avenue, 6th Floor, Suite 600
Flushing, NY 11355