

# 法拉盛醫院醫療中心 - 財務援助簡介

## Flushing Hospital Medical Center - Financial Assistance Summary

法拉盛醫院醫療中心 (Flushing Hospital Medical Center) 理解有的時候需要就醫的患者在支付醫療費用時有困難。本中心的「財務援助計劃」(Financial Assistance Program) 根據個人的收入向符合條件的患者提供優惠。此外，如果您符合條件，我們還可協助您申請免費或低價的醫療保險。您只需致電 718-670-5588 或 718-670-5589，或者前往醫院的財務處辦公室 (Financial Office)，與我們的財務顧問聯繫，要求提供免費且保密的協助。財務處辦公室的地址是 146-01 45<sup>th</sup> Avenue, 6<sup>th</sup> Floor, Suite 600, Flushing, NY 11355。

欲獲得我們免費提供的「財務援助政策」(FAP) 的具體內容及 FAP 申請表，您可通過以下途徑獲取：

- 請發送電子郵件至：[enroll.flushing@jhmc.org](mailto:enroll.flushing@jhmc.org) 與我們聯系。
- 歡迎您訪問我們的網站 [www.flushinghospital.org](http://www.flushinghospital.org)，然後點擊「Financial Assistance」(財務援助) 即可下載 FAP 資料及 FAP 申請表。
- 若想寫信寄至上述地址獲取相關資訊，務請注明：財務處收。

我們所提供的 FAP 宣傳信息和 FAP 申請表提供多種語言，如西班牙語、中文(繁體/簡體)、孟加拉語等。請登錄本中心網站下載您所需要的文件。

### 誰有資格獲得折扣？

財務援助政策適用於無醫療保險的低收入患者，本援助政策亦適用於醫療保險不報銷必看病項目，或保險限額已用完的患者。所有符合獲取經濟援助條件的患者其醫療費不會超出醫療補助 (Medicaid/白卡) 可報銷給患者需要的任何急診和必看病項目一般收取的費用 (AGB)。

如果，在醫院的判定下，一位患者可適用於醫療補助(Medicaid)或其他的醫療保險計劃，醫院政策要求此患者在取得本院的財務援助之前，先申請那些保險。

在紐約州凡是需要急診服務的每位患者，如果他們符合最低收入限額條件，均可獲得優惠的醫療服務。

本政策不包括保險自付定額手續費 (co-pays)、共同保險 (co-insurance)、保險自付額 (deductibles) 及美容整容服務等。

凡是住在皇后區 (Queen)、布朗克斯區 (Bronx)，國王郡-布魯克林區 (Kings -Brooklyn)、紐約市-曼哈頓區 (New York-Manhattan)、里奇蒙郡-史坦頓島區 (Richmond - Staten Island)，或者納蘇郡 (Nassau County) 等地的患者，如果他們無醫療保險而且符合收入限額條件，以及其他財務援助所要求的，均可獲得 Flushing Hospital (法拉盛醫院) 所提供的醫療上必須的非急診的就醫服務優惠價。

不論您是何種移民身份，均可提交財務援助申請。

### 什麼叫收入限額？

折扣數額根據您的收入及家庭成員人數而有所不同。如果您沒有醫療保險，以下表格顯示的是收入限制：根據情況，即使您的收入超出限額，您仍可能有資格申請財務援助。

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

\* 根據 2024 聯邦政府貧困線標準 300% 編制

## 如果我不符合收入限額，該怎麼辦？

如果您無法支付您的帳單，法拉盛醫院（Flushing Hospital）會向符合收入限制的病人提供付款計劃。您支付的金額視您的收入而定。根據情況，即使您的收入超出這些限額，您仍可能有資格享受付款計劃。

## 有沒有人可以向我解釋折扣的內容呢？有沒有人可以協助我申請？

有，我們可以提供免費且保密的協助。請致電財務處辦公室，電話是 718-670-5588 或 5589。

如果您不懂英語，會有人員為您翻譯。

財務顧問會告訴您是否有資格申請免費或低價的醫療保險，如政府提供的醫療補助（Medicaid），兒童保健計劃（Child Health Plus）、合格健保計畫（Qualified Health Plan）和財務援助計劃（Financial Assistance）。

如果財務顧問發現您不符合申請低價保險的條件，他們會協助您申請折扣。

財務顧問會協助您填寫所有表格，並告訴您該提供哪些材料。

## 我需要準備哪些材料才能申請折扣？

要申請財務援助，您需要：附照片的身份證明、地址證明、四個星期的工資單存根或去年的 W-2 和/或一份說明您如何謀生或被供養的聲明。

如果您無法提供任何一種證明，您仍可以申請財務援助。

## 折扣包括了哪些醫療服務？

所有由法拉盛醫院（Flushing Hospital）提供的醫療上必需的服務均可獲得折扣，包括門診、急診和住院服務。

在醫院內提供服務的私人醫生的收費可能不包括在內。您應與私人醫生商量，看他們是否提供折扣或付款計劃。

## 我需支付多少費用？

兒童和孕婦的門診或急診服務的收費從 \$0 美元起計算，視您的收入而定。成人的門診或急診服務的收費從 \$15 美元起計算，視您的收入而定。

在處理您的申請後，財務顧問會告訴您特定折扣的詳情。

病人押金根據病人的付款能力而定，將與我們提供的其他財務援助一致。一般來說，會向符合條件（即月收入不高於聯邦貧困線的 300%）的病人提供付款安排計劃（分期付款）。每個月的分期付款上限為病人每月總收入的 10%。

## 我如何獲得折扣？

您必須填寫申請表。我們一旦收到您的收入證明，即可根據您的收入處理您的折扣申請。

您可以在預約就診之前、來醫院就診時、或者收到帳單時，申請折扣。

請將填妥的表格寄至法拉盛醫院（Flushing Hospital）財務處辦公室 (Financial Office)，地址是 146-01 45<sup>th</sup> Avenue, 6<sup>th</sup> Floor, Flushing, Suite 600, NY 11355，或直接交到財務處辦公室。您可在接受服務之後的 90 天內提交申請表。

### **我如何知道折扣申請是否獲得批准？**

法拉盛醫院（Flushing Hospital）將在完成和提交文件之後的 30 天內寄信給您，告訴您是否獲得了折扣以及得到的折扣數額。

### **如果我在等待折扣申請結果時收到帳單，該怎麼辦？**

當您的折扣申請正在審批中時，您不必支付醫院寄來的帳單。如果您的申請被拒，醫院必須以書面形式告訴您理由，而且必須為您提供就此決定向醫院更高管理層上訴的途徑。

### **如果我與醫院有無法解決的問題，該怎麼辦？**

您可致電紐約州衛生署投訴熱線 1-800-804-5447。

Revised 04/2024



## 法拉盛醫院 - 財務援助申請表

### Flushing Hospital Medical Center - Financial Assistance Application

姓名 / Name: \_\_\_\_\_

地址 / Address: \_\_\_\_\_

電話 / Phone: \_\_\_\_\_

家庭大小 / 家中成員人數 / Family size/number in household: \_\_\_\_\_

|                                       | 病人收入<br>Patient income | 配偶收入<br>Spouse income |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 薪資 / Wages                            |                        |                       |
| 社會安全金 / Social Security payment       |                        |                       |
| 失業補助金 / Unemployment compensation     |                        |                       |
| 殘障福利金 / Disability                    |                        |                       |
| 勞工賠償金 / Workers compensation          |                        |                       |
| 贍養費/子女撫養費 / Alimony/child support     |                        |                       |
| 股息/利息/租金 / Dividends/interest/rentals |                        |                       |
| 所有其他收入 / All other income             |                        |                       |
| 總額 / Total                            |                        |                       |

我確認上述信息真實、完整、正確。 / I affirm that the above information is true, complete, and correct to the best of my knowledge.

簽名 / Signed \_\_\_\_\_ 日期 / Date \_\_\_\_\_

如果您有疑問或需要協助填寫本表，請致電財務處辦公室 (Financial Office)，電話(Telephone)718-670-5588 或 5589。 / If you have questions or need help completing this application, call the Financial Office.

如果您已經收到醫院寄出的帳單，請在此處打勾 / If you have received a bill or bills from the hospital, check here: \_\_\_\_\_

帳號 / Account number: \_\_\_\_\_

在醫院尚未答覆您的申請批准信之前，您不必付任何款項。 / You do not have to make any payment to the hospital until the hospital sends you a letter with its decision on your application.

請將填妥的表格和相關附件寄至/ Please send completed form and attachments to:

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