



纽约州医院财务援助制式申请表

如果您没有医疗保险，或者您的医疗保险额度已用尽，或者您有医疗保险但能证明已支付的医疗费用总额超过您收入的 10%，您可能有资格获得医院财务援助来支付您的账单。填写此表格将启动您申请医院财务援助的流程。此表格适用于纽约州所有医院。

此申请表必须以医院所服务的患者所使用的¹主要语言打印。

患者姓名（请填写适用信息）

患者姓名（名字、中间名、姓氏）		
出生日期（年/月/日）		
地址	公寓/单元号	
城市	州	邮政编码
联系电话号码		
父母/监护人或法定代表人姓名（如患者为未成年人或无行为能力的成年人）		
电子邮箱地址（如有）		

家庭信息：

请在下文列出您家中的所有家庭成员。您的家庭包括您本人、您的配偶或同居伴侣，以及任何子女或其他受抚养人。例如，这包括同一纳税申报表上列出的所有人。

总收入是指扣除税款之前的收入。

总收入可能包括劳动收入（工资、薪金、小费、个体经营收入）、非劳动收入（社会保障金、残疾补助津贴和失业救济金）、捐赠（来自家人或朋友的资金）以及其他收入来源（临时援助和补充保障收入）。

全名	关系	总收入（当前）
	本人	

¹“主要语言”包括任何每年至少 5% 的患者在就诊时用来进行交流的语言，或任何在医院主要服务区域人口中使用比例超过 1% 的语言，该比例基于美国人口普查局 (United States Bureau of the Census) 提供的人口统计信息并辅以学校系统的数据计算得出。



医院可能会要求您提交收入证明文件；例如，工资单、雇主出具的证明信（如适用）或 1040 税表。

医疗保险状态

您是否拥有任何形式的医疗保险，包括 Medicaid、Medicare、或通过雇主提供或自行购买的私人保险？ 是 否

如果您回答“否”，是否需要协助申请这些计划？

是 否

保额不足的患者：是指拥有保险但医疗费用过高的患者。如果您有保险，请提供过去 12 个月内支付的医疗费用估算金额。

\$

医院可能要求您提交能证明您已支付过的医疗费用的文件。

患者/责任方：若非患者本人，请列出签署此申请表的人员姓名及其代表患者签署的授权关系（例如：配偶、父母、法定代理人）。

我理解，我所提交的信息可能需要通过外部来源进行核实。我保证所提供的信息就我所知是真实和完整的。

正楷姓名	日期
与患者的关系	
签名	



最低资格条件和指南

申请时间表、患者权益及保密性

- 您可以在催收流程的任何时候申请财务援助。
- 在收到财务援助申请的决定前，您无需向本医院支付任何费用。医院不得在您的申请待审期间将账单转交催收机构。
- 如果您的财务援助申请被拒绝，您有权提出上诉。有关如何上诉的信息将包含在您收到的医院通知中。您可能有权就您财务援助金额提出上诉。医院将在决定信中包含有关如何上诉的信息。
- 直到您收到第一张账单的至少 180 天后，医院才能将未付账单转发给催收机构。
- 医院不得对收入低于联邦贫困线 400% 的患者采取法律行动（包括提起诉讼）以追讨未付医疗账单。贫困指南可在此处找到：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 此申请表中提供的任何信息仅供医院用于确定您是否符合财务援助资格，并将依法保密。
- 医院不得因您存在未付医疗账单而拒绝提供必要的医疗服务。
- 如果您需要协助填写申请表，请联系 Flushing Hospital Medical Center 的财务援助办公室，电话为 718-670-5588 或 718-670-5589。
- 如果您需要进一步协助填写申请表或帮助对本医院的决定提出上诉，您可以联系 Community Health Advocates: 888-614-5400。

资格条件

医院可以不受限地确定那些收入水平高于下文规定的患者也有资格享受付费折扣，和/或为符合条件的患者提供高于公共卫生法所规定的付费折扣。此外，移民身份不得作为确定财务援助资格的标准。

以下人员符合资格：

- 无医疗保险的低收入个人；或
- 保额不足的个人（过去十二个月内累计的医疗费用自付额超过该个人年总收入的百分之十）；或
- 医疗保险给付金额度用尽且能证明无力支付全部医疗费用的个人；或
- 经医院酌情决定，无力支付自付额和/或免赔额的个人可申请减免或折扣支付。



收入不超过联邦贫困线 400% 的个人有资格获得经济援助。

联邦贫困线（2026 年）			
家庭人数	200%	300%	400%
1 人	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2 人	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3 人	\$54,640	\$81,960	\$109,280
4 人	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5 人	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6 人	\$88,720	\$133,880	\$177,440
7 人	\$100,080	\$150,120	\$200,160

每年更新：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

最低折扣费率

如果您有资格获得经济援助，您的费用将根据您的收入按照以下浮动费率表进行减免：

收入水平	付款
低于联邦贫困线的 200%	免除所有费用
联邦贫困线的 200% - 300%	无保险患者：按浮动费率，最高不超过 Medicaid 原本应支付的医疗费用金额的 10%。 保额不足患者：最高不超过该患者保险费用需分摊医疗费用金额的 10%。
联邦贫困线的 301% - 400%	无保险患者：按浮动费率，最高不超过 Medicaid 原本应支付的医疗费用金额的 20%。 保额不足患者：最高不超过该患者保险费用需分摊医疗费用金额的 20%。

医院可选择为符合条件的患者提供更大的折扣，或为收入水平较高的患者提供付款折扣。

分期付款计划

对于无法一次性支付折扣后费用的患者，可提供分期付款计划。每月付款金额不得超过您每月总收入的 5%，且对未付余额向患者收取的利息率（如有）不得超过 2%。



要求提供家庭收入证明

请提供患者、其配偶及任何受抚养人（如子女）的收入信息。例如，这将把同一份纳税申报表上的所有人（纳税人、配偶及纳税申报的受抚养人）都纳入家庭收入的计算中。

以下是可用于证明收入的文件列表。您不必提供所有这些文件。若您无收入，也可提供无家庭收入声明。

您还可提供 **NY State of Health** 医疗保险市场的资格认定页。若您持有该份文件，则无需向医院提供以下列出的其他收入信息。

若家庭获得:	每月金额:	申请人可提供:
工资	\$	请提供一份工资单，或雇主出具的带公司抬头、签名并注明日期的证明信函，或最近提交的所得税申报表。
社会保障福利金	\$	授予信/证书副本，或美国社会保障局 (Social Security Administration) 来函，或年度福利金信函。要索取您的社会保障福利金信函副本，请拨打 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov 。
失业救济金	\$	授予信/证书副本，或纽约州劳工厅 (NYS Department of Labor) 提供的每月福利金明细表，或直接打款卡副本及打印件，或纽约州劳工厅来函，或从纽约州劳工厅官网 (www.labor.state.ny.us) 打印的受助人账户信息。
残疾补助津贴	\$	授予信/证书副本，或社会保障局来函，或年度福利金信函的副本。要索取您的福利金信函副本，请拨打 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov 。
工伤赔偿金	\$	授予信或支票存根的副本。
赡养费/子女抚养费	\$	法院命令的副本，或 3 个月的兑现支票/收据。
股息/利息	\$	股息季度报表或 1 个月明细表。
其他	\$	说明非工资收入金额（如有）的信函，例如租金收入、零工现金等。
无收入	\$0	签署的无收入声明。