

财政资助简明综述

蒙特菲奥雷医疗中心(Montefiore Medical Center)认识到,有时需要获得医疗护理的患者无力负担其所获得的服务费用。财务援助根据收入和家庭规模为符合条件的个人提供折扣。此外,如果您符合资格,我们可以帮助您申请免费或费用低廉的保险。只需致电或访问第2页上所列地点的财务顾问或通过电子邮件联系 financialaid@montefiore.org 获得免费的保密协助。有关财务援助政策的更多信息,请访问<http://www.montefiore.org/financial-aid-policy>。您也可以通过邮件免费收到申请表。

谁有资格获得折扣?

居住在医疗中心主要服务区域(纽约州)的患者如果没有医疗保险或医疗保险承保范围有限,则可以获得财政资助。

对于有医疗保险的患者,如果他们负担不起需要先行垫付的开支或感到支付有困难, Montefiore Medical Center 也提供付款协议。

纽约州的任何人如果需要急诊或必要的医疗服务,都可以得到护理,并享受折扣。

不能因为您需要财政资助而拒绝向您提供急诊或必要的医疗护理。

不管您是何种移民身份,都可以申请。

收入限制是什么?

折扣金额根据您的收入和家庭规模的不同而变化。如果您没有医疗保险或医疗保险承保范围有限,则有收入限制

2022 联邦贫困线 家庭规模	总收入类别(上限)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	超过 500%
1	\$13,590	\$16,988	\$20,385	\$23,783	\$25,142	\$27,180	\$33,975	\$40,770	\$54,360	\$67,950	\$67,950
2	\$18,310	\$22,888	\$27,465	\$32,043	\$33,874	\$36,620	\$45,775	\$54,930	\$73,240	\$91,550	\$91,550
3	\$23,030	\$28,788	\$34,545	\$40,303	\$42,606	\$46,060	\$57,575	\$69,090	\$92,120	\$115,150	\$115,150
4	\$27,750	\$34,688	\$41,625	\$48,563	\$51,338	\$55,500	\$69,375	\$83,250	\$111,000	\$138,750	\$138,750
5	\$32,470	\$40,588	\$48,705	\$56,823	\$60,070	\$64,940	\$81,175	\$97,410	\$129,880	\$162,350	\$162,350
6	\$37,190	\$46,488	\$55,785	\$65,083	\$68,802	\$74,380	\$92,975	\$111,570	\$148,760	\$185,950	\$185,950
7	\$41,910	\$52,388	\$62,865	\$73,343	\$77,534	\$83,820	\$104,775	\$125,730	\$167,640	\$209,550	\$209,550
8	\$46,630	\$58,288	\$69,945	\$81,603	\$86,266	\$93,260	\$116,575	\$139,890	\$186,520	\$233,150	\$233,150
每加一个人	\$4,720	\$5,900	\$7,080	\$8,260	\$8,732	\$9,440	\$11,800	\$14,160	\$18,880	\$23,600	\$23,600
* 基于 2022 年联邦贫困指南											

如果我不符合收入限制怎么办？

如果您付不起帐单，Montefiore Medical Center 针对所有的申请人都有一个特定的财政资助类别。折扣百分比取决于您的年收入和家庭规模。我们还提供延期付款计划，每月支付额不会超过您的月收入的百分之十。超过联邦贫困线 500% 的患者可获得礼貌性折扣。对于非必要的医疗服务，也可获得自费折扣。

有人能帮忙介绍一下折扣吗？有人可以帮助我申请吗？

是的，可获得免费且保密的帮助。拨打电话 718-920-5658 以获得财政资助，或拨打下列任一财政救助办公室的电话。

如果您不会说英语，有人将使用您的语言帮助您。也可免费获得多种语言的申请表、简明综述和完整的政策。

财政救助代表可以告诉您是否有资格获得免费或廉价的保险，如医疗补助计划、儿童保健计划或合格的医疗计划（在开放注册期间）。

如果金融救助代表发现您没有资格获得廉价保险，他们会帮助您申请一个折扣。

该代表将会帮助您填写所有表格，并告诉您需要带哪些文件。

请访问以下地址之一或访问 <http://www.montefiore.org/financial-aid-policy> 以获取更多信息或协助。

- 111 East 210th Street (Room RS-001) 718-920-5658 (Moses Campus)
- 600 East 233rd Street (中央挂号处) 718-920-9954 (Wakefield Campus)
- 1825 Eastchester Road (住院处) 718-904-2865 (Weiler Campus)
- 2475 St. Raymond Avenue (门诊挂号处) 718-430-7339 (Westchester Square Campus)

申请折扣时我需要做什么？

可接受的收入证明：

- 失业声明
- 社会保障/养老金发放函
- 工资单/失业证明函
- 资助函
- 自我认证函（在适当情况下）
- 报税表或 W2

本折扣涵盖了 Montefiore Medical Center 所提供的所有必要的医疗服务。这包括门诊、紧急护理和紧急住院。

在医院提供服务的私人医生的收费不包括在内。您应该询问私人医生，看他们是否提供折扣或分期付款计划。要获得供应方清单并了解它们是否参加了医疗中心财政救助项目，请访问我们的网站

我得付多少钱？

对于儿童和孕妇，门诊或急诊费用的起步金额为 \$0，具体根据您的收入而定。对于成人，门诊或急诊费用的起步金额为 \$15，具体根据您的收入而定。

您的申请一旦受理，一名财政救助代表将为您提供与您的特定折扣相关的详细信息。

向患者收取的费用不超过针对急诊或其他必要的医疗护理而一般记账的金额。

我如何获得这个折扣？

您必须填写申请表。只要我们获得您的收入证明，我们就会马上处理您的申请，确定与您的收入水平相应的折扣。您将有 30 天时间完成申请。

您可以在预约前，或来医院就诊时，或收到寄来的账单时申请一个折扣。

将填好的表格寄到 Montefiore Medical Center-111 EAST 210TH Street, Bronx, N.Y. 10467/主出纳室 RS-001 室或将它带到 RS-001 室。

一旦您提交了填好的申请表和文件后，在医院对您的申请表做出决定前，您可以不理睬任何账单。

我怎么知道我申请的折扣是否获得了批准？

Montefiore Medical Center 将在文件完成和提交 30 天内寄给您一封信，告诉您是否获得批准以及获得折扣的等级。

我在等候折扣批准时，如果收到一份帐单，该怎么做？

在您的折扣申请正在处理时，您不需要支付医院账单。如果您的申请被拒绝，医院必须以书面形式告诉您原因，并必须为您提供一种将该决定向医院内部更高层申述的方式。

如果我有一个问题无法与医院协商解决，该怎么办？

您可以致电纽约州卫生署投诉热线，电话是 1-800-804-5447。



MONTEFIORE MEDICAL CENTER
财政救助申请

申请人信息							
患者姓名				社会保障号码 (选填)			
地址					申请日期		
城市				州		邮编	
电话			与患者的关系	自己 配偶 子女 父母 (外) 祖父母 (外) 孙子 其他			
年度总收入			家庭规模			欠款	
资格表: 仅供官方使用							
财政救助代表				已调整账户余额			
患者 MRN			账号			账单编号	
IRS 核实收入	是	否	支持文件	1. 工资存根 2. 工作证明 3. 健保市场(Marketplace)证明文件			
已核实年度总收入			4. 证明函件 (如适用) 其他具体注明:				
申请人被批准获得下列类别等级(1-6, 9M)的财政救助							
申请表请求日期					收到 IRS 税务表的日期		
申请表收到日期					账户调整日期		

财政救助通知日期		批准/拒绝日期	
批准人：			
申请声明			
<p>我在本申请表上的签字重申了我对下列行为的授权：转让福利和发布与在 Montefiore Medical Center 接受的医疗服务相关的信息。</p> <p>虽然我有资格申请财政资助，但我同意在我的家庭规模、收入和医疗保险承保范围发生的变化会改变我获得财政救助的资格时，将其告知 Montefiore Medical Center。我授权我的雇主和我的医疗保险公司向 Montefiore Medical Center 提供关于我的收入、医疗保险费、共同保险、共付额、免赔额和承保福利的信息。</p> <p>如果我因为事故或其他事件正在寻求财政救助，并因为该事故或事件而从工人赔偿或保险公司等任何来源收取款项，那么我将会为我在 Montefiore Medical Center 接受的由财政救助支付或调整的任何医疗服务向 Montefiore Medical Center 做出偿还。</p> <p>据我所知，本申请表中的所有信息都是真实的，并且我同意提供要求提供的文件。</p>			
患者的正楷姓名			日期
患者签字			
<i>我获得合法授权，代表上述患者表示同意。我与患者的关系如下所述：</i>			
获得授权的代表签字			日期
与患者的关系			

填写本申请表并将收入证明/支持文件交回以下任何 Montefiore 地点的患者财务服务办公室处：

Moses Campus – RM-001

111 East 210th Street
Bronx, NY 10467
718-920-5658

Wakefield Campus

600 East 233rd Street
Bronx, NY 10466
718-920-9954

Weiler Campus

1825 Eastchester Road
Bronx, NY 10461
718-904-3529

Westchester Square Campus

2475 Saint Raymond Ave
Bronx, NY 10461
718-430-7339

一旦您提交了填好的申请表和材料后，在医院就您的申请表做出决定前，您可以不理睬任何账单。请在 30 天内完成申请。