



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE
Ashwin Vasani, MD, PhD
Commissioner

Ashwin Vasani, MD, PhD
Commissioner

lutego 26, 2024

Gotham Center
42-09 28th St.
Long Island City, NY 11101

Szanowny Panie / Szanowna Pani!

Niniejszym informujemy, że Wydział Zdrowia i Higieny Psychicznej miasta Nowy Jork (Wydział Zdrowia NYC) zażądał wydania informacji na temat Pana/Pani ubezpieczenia zdrowotnego lub uregulowania opłaty za określone usługi kliniczne świadczone osobom dorosłym (w wieku 19 lat i starszym). Wydział Zdrowia NYC jest zobowiązany żądać informacji na temat ubezpieczenia lub uiszczania opłat za usługi w celu spełnienia standardów Medicaid oraz innych wymogów prawnych.

- Jeżeli nie posiada Pan/Pani ubezpieczenia zdrowotnego lub nie chce Pan/Pani, aby został z niego pokryty koszt tej wizyty, należy zapoznać się z **Częścią A**.
- Jeżeli chce Pan/Pani pokryć koszt tej wizyty ze swojego ubezpieczenia zdrowotnego, należy zapoznać się z **Częścią B**.

Nawet jeżeli nie ma Pan/Pani ubezpieczenia lub nie może Pan/Pani uiścić opłaty, przysługują Panu/Pani pewne usługi.

Aby uzyskać więcej informacji na temat opłat, należy wejść na stronę nyc.gov/health i zapoznać się z treścią sekcji najczęściej zadawanych pytań na temat opłat za usługi kliniczne (**clinic billing FAQ**) lub zadzwonić pod numer **311** i zapytać o opłaty na rzecz Wydziału Zdrowia za usługi kliniczne („health department clinic billing”). W przypadku wątpliwości należy skontaktować się z personelem kliniki.

Z poważaniem

Ashwin Vasani, MD, PhD
Komisarz
Wydział Zdrowia i Higieny
Psychicznej miasta Nowy Jork

A. Jeżeli nie posiada Pan/Pani ubezpieczenia zdrowotnego lub nie chce Pan/Pani, aby został z niego pokryty koszt tej wizyty:

Należy zapoznać się z treścią tabeli skali suwakowej.

1. W kolumnie „Wielkość rodziny” należy znaleźć liczbę odpowiadającą liczbie członków Pana/Pani gospodarstwa domowego z uwzględnieniem siebie.
2. W WIERSZU odpowiadającym tej liczbie należy zlokalizować swój roczny dochód. Nie będzie Pan/Pani proszony(-a) o potwierdzenie wielkości rodziny ani rocznego dochodu.
3. W DOLNEJ części kolumny należy sprawdzić kwotę do zapłaty.
4. Należy wypełnić czek lub przekaz pieniężny (brak możliwości płatności gotówką) płatny na rzecz **Wydziału Zdrowia i Higieny Psychiczej NYC**.
5. Na czeku lub przekazie pieniężnym należy wpisać **pełne imię i nazwisko pacjenta, datę wizyty oraz numer identyfikacyjny pacjenta w elektronicznej dokumentacji medycznej (EMR ID)** (znajdujący się na etykiecie na pierwszej stronie tego pisma). Adres do przesłania płatności znajduje się poniżej.

Instrukcje

<p>Krok 1 Należy odnaleźć wartość odzwierciedlającą wielkość Pana/Pani rodziny (uwzględniając wszystkie mieszkające z Panem/Panią osoby dorosłe oraz dzieci).</p>	<p>Krok 2 W wierszu odpowiadającym tej wielkości należy odnaleźć kwotę Pana/Pani rocznego dochodu (od lewej do prawej).</p>	<p>Krok 3 Należy prześledzić zawartość kolumn do samego dołu tabeli, aby znaleźć kwotę, którą będzie Pan/Pani zobowiązany(-a) zapłacić za wizyty kliniczne.</p>
--	--	--

Tabela skali suwakowej

Wielkość rodziny	Roczny dochód					
	1	Poniżej 14 580 USD	Od 14 581 do 18 225 USD	Od 18 226 do 21 870 USD	Od 21 871 do 29 160 USD	Od 29 161 do 36 450 USD
2	Poniżej 19 720 USD	Od 19 721 do 24 650 USD	Od 24 651 do 29 580 USD	Od 29 581 do 39 440 USD	Od 39 441 do 49 300 USD	Powyżej 49 301 USD
3	Poniżej 24 860 USD	Od 24 861 do 31 075 USD	Od 31 076 do 37 290 USD	Od 37 291 do 49 720 USD	Od 49 721 do 62 150 USD	Powyżej 62 151 USD
4	Poniżej 30 000 USD	Od 30 001 do 37 500 USD	Od 37 501 do 45 000 USD	Od 45 001 do 60 000 USD	Od 60 001 do 75 000 USD	Powyżej 75 001 USD
5	Poniżej 35 140 USD	Od 35 141 do 43 925 USD	Od 43 926 do 52 710 USD	Od 52 711 do 70 280 USD	Od 70 281 do 87 850 USD	Powyżej 87 851 USD
6	Poniżej 40 200 USD	Od 40 281 do 50 350 USD	Od 50 351 do 60 420 USD	Od 60 421 do 80 560 USD	Od 80 561 do 105 420 USD	Powyżej 105 421 USD
7	Poniżej 45 420 USD	Od 45 421 do 56 775 USD	Od 56 776 do 68 130 USD	Od 68 131 do 90 840 USD	Od 90 841 do 113 550 USD	Powyżej 113 551 USD
Opłaty	0 USD	2 USD	3 USD	20 USD	30 USD	40 USD

Przykłady skali opłat:

- Osoba samotna (Wielkość rodziny wynosi 1) o rocznych dochodach w kwocie 19 000 USD jest zobowiązana uiścić opłatę w wysokości 3 USD.
- Osoba mieszkająca z trójką dzieci, małżonkiem oraz rodzicem (Wielkość rodziny wynosi 6) o rocznych dochodach w kwocie 60 421 USD jest zobowiązana uiścić opłatę w wysokości 20 USD.

B. Pokrywanie kosztów wizyt z ubezpieczenia zdrowotnego:

Jeżeli nie ma Pan/Pani dzisiaj przy sobie karty ubezpieczeniowej, należy wypełnić pole na dole tej strony i przesłać numer na poniższy adres korespondencyjny.

Jeżeli przekazał(a) Pan/Pani informacje dotyczące ubezpieczenia osobiście w klinice lub robi to Pan/Pani za pośrednictwem poczty elektronicznej, Pan/Pani lub właściciel polisy może otrzymać od dostawcy ubezpieczenia dokument zawierający informacje dotyczące świadczeń (Explanation of Benefits, EOB). W dokumencie EOB będą wymienione usługi, z których Pan/Pani skorzystał(a), wraz z informacją, czy konieczne jest dokonanie współpłaty. W razie konieczności dokonania współpłaty prosimy o przesłanie pocztą tradycyjną czeku lub przekazu pieniężnego (nie gotówki) płatnego na rzecz **Wydziału Zdrowia i Higieny Psychiczej NYC** na adres podany poniżej. Na czeku lub przekazie pieniężnym należy wpisać **pełne imię i nazwisko pacjenta, datę wizyty oraz numer identyfikacyjny pacjenta w elektronicznej dokumentacji medycznej (EMR ID)** (znajdujący się na etykiecie na pierwszej stronie tego pisma).

Adres do korespondencji:

NYC Department of Health and Mental Hygiene
Attn: Division of Finance
42-09 28th St., CN48
Long Island City, NY 11101

Proszę o pokrycie kosztu mojej wizyty z poniższego ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwa dostawcy ubezpieczenia zdrowotnego (wymagane): _____

Adres dostawcy ubezpieczenia zdrowotnego: _____

Numer telefonu dostawcy ubezpieczenia zdrowotnego: _____

Identyfikator ubezpieczenia (wymagane): _____ Numer grupy: _____

Jeżeli korzysta Pan/Pani z ubezpieczenia zdrowotnego współmałżonka, rodzica lub innej osoby:

Imię i nazwisko właściciela polisy: _____ Data urodzenia właściciela polisy: _____

Związek/pokrewieństwo z osobą ubezpieczoną (jeżeli nie jest to pacjent ani Pan/Pani):

Współmałżonek Rodzic Inna osoba

Podpis: _____

Data: _____