



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

Ashwin Vasan, MD, PhD  
Commissioner

2024 年 2 月 21 日

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

尊敬的患者：

本函旨在通知您，紐約市健康與心理衛生局（簡稱：紐約市衛生局）對於向成年人（19 歲及以上）提供的某些診所服務，需要患者提供健康保險資訊或付費。紐約市衛生局必須為所提供的服務要求收取保險或相關費用，以滿足 Medicaid 標準及其他法律要求。

- 如果您沒有健康保險，或者不希望您的保險承擔診費，請見**章節 A**。
- 如果您願意使用您的保險支付此次診費，請見**章節 B**。

如果您沒有保險或是無法支付費用，您仍然可以  
獲得服務。

如需更多收費資訊，請造訪 [nyc.gov/health](https://nyc.gov/health) 並搜尋「**clinic billing FAQ**」（診所收費常見問題解答），或撥打 **311** 查詢「**health department clinic billing**」（衛生局診所收費）。如果您有任何疑問，請詢問診所工作人員。

此致

敬禮

Ashwin Vasan, MD, PhD  
局長  
紐約市健康與心理衛生局

**A. 如果您沒有健康保險，或者不希望您的保險承擔診費：**

請使用浮動費率表。

1. 在「家庭人口」一列中，找到在您家居住的家庭成員人數（包括您本人）。
2. 由此向右查看，找到您的年收入額。不要求您證明家庭人口或年收入。
3. 由此向下查看該列的底端，找到您應負擔的費用。
4. 準備好付給 **NYC Department of Health and Mental Hygiene** 的支票或匯票（非現金）。
5. 支票或匯票上應註明患者的全名、就診日期及患者的電子病歷識別碼 (**EMR ID**)（可在此信正面的標籤上找到）。付款地址見信尾。

**說明**

|                                            |                                       |                                       |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>第一步</b><br>找到您的家庭人口（包括所有與您住在一起的成年人和兒童）。 | <b>第二步</b><br>沿著橫列（從左向右）找到您的全年收入金額範圍。 | <b>第三步</b><br>沿著表格上的豎列向下看，找到您要支付多少診費。 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

**浮動費率表**

| 家庭人口 | 全年收入       |                     |                     |                     |                      |             |
|------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|-------------|
|      | 低於         |                     |                     |                     |                      | 高於          |
| 1    | \$14,580   | \$14,581 至 \$18,225 | \$18,226 至 \$21,870 | \$21,871 至 \$29,160 | \$29,161 至 \$36,450  | \$36,451    |
| 2    | \$19,720   | \$19,721 至 \$24,650 | \$24,651 至 \$29,580 | \$29,581 至 \$39,440 | \$39,441 至 \$49,300  | \$49,301    |
| 3    | \$24,860   | \$24,861 至 \$31,075 | \$31,076 至 \$37,290 | \$37,291 至 \$49,720 | \$49,721 至 \$62,150  | \$62,151    |
| 4    | \$30,000   | \$30,001 至 \$37,500 | \$37,501 至 \$45,000 | \$45,001 至 \$60,000 | \$60,001 至 \$75,000  | \$75,001    |
| 5    | \$35,140   | \$35,141 至 \$43,925 | \$43,926 至 \$52,710 | \$52,711 至 \$70,280 | \$70,281 至 \$87,850  | \$87,851    |
| 6    | \$40,200   | \$40,201 至 \$50,350 | \$50,351 至 \$60,420 | \$60,421 至 \$80,560 | \$80,561 至 \$105,420 | \$105,421   |
| 7    | \$45,420   | \$45,421 至 \$56,775 | \$56,776 至 \$68,130 | \$68,131 至 \$90,840 | \$90,841 至 \$113,550 | \$113,551   |
| 收費   | <b>\$0</b> | <b>\$2</b>          | <b>\$3</b>          | <b>\$20</b>         | <b>\$30</b>          | <b>\$40</b> |

**費率範例：**

- 年收入為 19,000 美元的單身個人（家庭人口一人），需付費 3 美元。
- 與三個孩子、一名配偶和一位父母（家庭人口六人）住在一起、年收入為 60,421 美元的個人，需付費 20 美元。

**B. 使用您的健康保險支付診費：**

如果您今天沒有攜帶保險卡，請填寫本頁底部表格並提交至下方郵寄地址。

如果您已在診所提供了您的保險資訊，或將以郵寄方式提供該資訊，您或投保人可能會收到一份來自保險提供者的「福利說明」(Explanation of Benefits, EOB)。「福利說明」會列出您獲得了哪些服務，並註明是否需要支付共付額。如果您應支付共付額，請將收款方為 **NYC Department of Health and Mental Hygiene** 的支票或匯票（非現金）郵寄至下列地址。支票或匯票上需標明患者全名、就診日期及患者的電子病歷識別碼 (EMR ID)（可在此信正面的標籤上找到）。

郵寄地址：

NYC Department of Health and Mental Hygiene  
Attn: Division of Finance  
42-09 28th St., CN 48  
Long Island City, NY 11101



請向下列健康保險收取我的診費：

健康保險名稱（必填）： \_\_\_\_\_

健康保險地址： \_\_\_\_\_

健康保險電話號碼： \_\_\_\_\_

保險 ID（必填）： \_\_\_\_\_ 組編號： \_\_\_\_\_

如果是透過配偶、父母或他人獲得的保險承保：

投保人姓名： \_\_\_\_\_ 投保人出生日期： \_\_\_\_\_

與被保險人的關係（如非患者或本人）： 配偶  父母  其他

簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_